

Université de Montréal

Mise en œuvre d'un programme de santé buccodentaire dans le contexte d'une école dans un quartier multiculturel défavorisé : Une étude qualitative

Par

Sofia Kholmogorova

Département de santé buccale

Faculté de médecine dentaire

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de Maîtrise

en Sciences Buccodentaires (M. Sc.)

Mai 2020

© Sofia Kholmogorova, 2020

Université de Montréal

Unité académique : Département de santé buccale, Faculté de médecine dentaire

Ce mémoire intitulé

Mise en œuvre d'un programme de santé buccodentaire dans le contexte d'une école dans un quartier multiculturel défavorisé : Une étude qualitative

Présenté par

Sofia Kholmogorova

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Athéna Papadakis
Président-rapporteur

Félix Girard
Directeur de recherche

Elham Emami
Codirecteur

Christophe Bedos
Codirecteur

Aimée Brennan Dawson
Membre du jury

Résumé

INTRODUCTION

Les partenariats université communauté (PUC) sont bien étudiés en médecine, mais peu d'études existent en médecine dentaire. C'est ainsi que notre étude explore l'expérience des partenaires d'un PUC entre une faculté de médecine dentaire et une école primaire.

MÉTHODES

Une étude qualitative descriptive a été effectuée avec entrevues semi-structurées et une analyse thématique. Tous les partenaires clés du partenariat ont été interviewés ainsi que deux étudiants de médecine dentaire et quatre parents d'élèves pour un total de 12 participants.

RESULTATS

Bien que les partenaires aient vécu des expériences positives, ils ont éprouvé plusieurs difficultés. D'un côté, la communauté a senti que ses besoins n'étaient pas bien compris par la faculté et a vécu des difficultés organisationnelles. De l'autre côté, la faculté a eu de la difficulté à coordonner les horaires cliniques et a trouvé que l'école était mal équipée. De plus, les parents n'étaient pas bien informés des détails des traitements avant qu'ils ne soient effectués.

CONCLUSION

La faculté a pris le contrôle du leadership du partenariat. Elle a placé ses besoins avant ceux de la communauté. Les dentistes cliniciens ont valorisé l'enseignement d'interventions techniques plutôt que l'enseignement de la dentisterie communautaire et sociale, alors que cela aurait pu être une bonne opportunité de le faire. Nous recommandons que les universités effectuent une analyse des besoins de la communauté avant de commencer un projet en PUC et de les impliquer dans les décisions. Nous proposons aussi d'encadrer les PUC avec un projet de recherche action participatif.

Mots-clés : Partenariat Université Communauté (PUC), éducation dentaire, médecine dentaire, dentisterie communautaire, santé des immigrants, santé dentaire publique

Abstract

INTRODUCTION

Community University Partnerships have been widely studied in medicine; however, much is unknown in dentistry. This research explores the experience of the different partners of a partnership between a faculty of dentistry and an elementary school.

METHODS

A qualitative descriptive research was undertaken using semi structured interviews and a thematic analysis. All of the partners were interviewed along with two dentistry students and four parents, for a total of 12 participants.

RESULTS

Although the partners had some good experiences, the partnership experienced many challenges. The Community felt its needs were not well understood by the Faculty and experienced organizational difficulties. On the other hand, the Faculty had scheduling difficulties with the School and found the local premises ill-equipped. Moreover, the parents were not well informed of the work that was being done on their children.

CONCLUSION

The Faculty took over the leadership of the partnership. As such, it placed its needs ahead of the Community's needs which it did not make enough attempts to understand. Also, being clinicians, the Faculty members valued teaching the technical details of interventions, and an opportunity was missed in teaching the students about community and social dentistry. For future partnerships we recommend either assessing the communities' needs before starting a project and involving the community in its funding and steering process, or adding to the partnership a participatory research-action project.

Keywords : University Community Partnership, dental education, community dentistry, dental public health

Table des matières

Résumé	3
Abstract	4
Table des matières	5
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures.....	8
Liste des sigles et abréviations	9
Remerciements	10
Chapitre 1 — Introduction.....	11
Chapitre 2 — Revue de littérature	13
1. Santé générale des immigrants au Canada	13
2. Santé buccodentaire des immigrants au Canada	14
3. Points d'accès aux soins et couverture des soins buccodentaires au Québec	15
4. Sous-utilisation des soins buccodentaires	17
5. Conséquence de la mauvaise santé buccodentaire chez les enfants.....	17
6. L'imputabilité sociale : une vision des facultés de médecine canadiennes.....	17
7. Les Partenariats Université-Communauté (PUC)	18
8. Les barrières des partenariats Université-Communauté (PUC)	18
9. Les PUC de service dans le domaine buccodentaire	20
10. Portait socio-démographique du quartier Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension et le partenariat de l'école Barclay avec l'Université de Montréal	22
11. Projet L'Extension : un partenariat entre l'Université de Montréal et l'école Barclay .	23
12. Problématique de recherche.....	25

Chapitre 3 — Objectifs	26
Chapitre 4 — Méthodologie et Méthodes	27
1. L'Extension : mise en contexte.....	27
2. Déroulement du projet de recherche.....	28
3. Approche méthodologique	29
4. Échantillonnage et recrutement.....	29
5. Collecte de données.....	30
6. Analyse des données.....	32
7. Position de la chercheuse principale	34
Chapitre 5 — Résultats.....	35
Expérience des partenaires de L'Extension	37
1. Direction de l'école Barclay.....	37
2. Intervenante communautaire	43
3. Hygiéniste dentaire du CIUSSS	45
4. Professeurs de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal	47
5. Étudiants du DMD.....	52
6. Les parents des enfants de Barclay	54
Bilan de L'Extension : réussites et défis.....	57
Chapitre 6 — Discussion.....	63
Forces du PUC L'Extension.....	63
Difficultés vécues par les partenaires de l'Extension.....	64
Forces et limites de l'étude.....	71
Chapitre 7 — Conclusion	73
Références bibliographiques	74

Liste des tableaux

Tableau 1 — Caractéristiques principales des participants (n = 12).....	35
Tableau 2 — Caractéristiques des parents interviewés.....	36

Liste des figures

Figure 1 — Organigramme illustrant les composantes du partenariat l’Extension au moment des entrevues en 2017	25
Figure 2 — Cadre théorique des interventions de transfert de connaissances de Gagliardi et al, 2011	31

Liste des sigles et abréviations

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CSDM : Commission scolaire de Montréal

DMD : Doctorat en médecine dentaire

caod/CAOD : Dents cariées absentes ou obturées

FMD : Faculté de médecine dentaire

HD : Hygiéniste dentaire

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

PDG : Président-directeur général

PNSP : Programme national en santé publique

PUC : Partenariat Université Communauté

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

Remerciements

Je tiens à remercier Mme Hélène Éthier et Mme Ghislaine Parent de l'école Barclay pour leur aide et leur appui depuis le début du projet de recherche. Merci à Mical et Willy pour la traduction du protocole et à Theresa Gomes et Faheem Khiyanni pour les transcriptions des entrevues. Merci à tous les participants pour leur intérêt dans le projet et d'avoir pris le temps d'y participer.

Un grand merci à Dr Christophe Bedos de m'avoir pris sous son aile en plein cours de projet. Merci pour ta disponibilité, ton écoute et ton support à chaque étape. Merci à mes superviseurs Dr Félix Girard et Dre Elham Emami de m'avoir guidé dans le processus. Merci à Dr Nareg Apelian pour sa lecture critique et ses commentaires constructifs.

Je remercie également mes amis et ma famille. En particulier ma mère pour sa patience et son encouragement constants.

Chapitre 1 — Introduction

Montréal est une ville avec une diversité culturelle foisonnante et en constante évolution. Chaque quartier abrite des gens d'ici et d'ailleurs qui se rassemblent en communautés bien tissées avec une richesse de services et loisirs à leur image. Il y a la petite Italie, le quartier chinois, le village gai, Outremont avec sa communauté de Juifs orthodoxes. Un de ces quartiers particulièrement colorés est celui de Parc-Extension qui, anciennement un quartier plutôt juif, a été peuplé il y a 40 ans par des Italiens et ensuite des Grecs. Aujourd'hui les Grecs cohabitent avec des nouveaux immigrants venant de l'Inde, du Pakistan et de l'Haïti avec une nouvelle vague des pays arabes (Statistique Canada, 2018). Chacun a son épicerie spécialisée et son lieu de recueillement propre, mais tous les jeunes enfants du quartier fréquentent l'école primaire ensemble. Une de ces écoles est Barclay située au cœur du quartier sur l'Avenue Wiseman entre Ball et Jarry. Avec près de 650 élèves et un indice de défavorisation élevé, cette école est devenue un foyer d'initiatives de soins de santé communautaire (Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2019).

En tant qu'étudiante en médecine dentaire en 2014, j'avais participé aux débuts du volet dentaire du projet L'Extension. Ce volet venait se greffer à celui des écoles d'orthopédagogie et d'optométrie de l'Université de Montréal pour qui Barclay était un lieu de stage pour les étudiants de ces domaines d'étude et une occasion d'offrir des soins gratuits à une population en besoin. Ce projet m'interpelle autant sur le point de vue de la dentisterie communautaire que sur le plan personnel puisque ma famille a immigré au Canada lorsque j'avais 5 ans. J'ai commencé l'école primaire à Montréal alors que mes parents parlaient très peu le français et vivaient des difficultés assez semblables à celles des nouveaux immigrants de Barclay. Ainsi, lorsqu'une occasion s'est présentée pour étudier la mise en œuvre du volet dentaire à Barclay, j'ai embarqué avec plaisir dans le projet.

La médecine dentaire en Amérique du Nord est un métier qui est principalement axé sur des interventions individuelles, c'est-à-dire que le dentiste entretient une relation individuelle avec chaque patient. C'est pourquoi, malgré la volonté de s'impliquer socialement, il est difficile pour les dentistes de développer des projets avec des visions de santé dentaire publique. Les collaborations avec les communautés se font principalement dans le cadre de programmes universitaires. De nombreuses universités ont des projets de dentisterie sociale, chacun unique à la population d'intérêt. Par contre, peu d'universités publient les résultats d'études se penchant sur ces projets communautaires. Notre étude représente un premier pas pour comprendre l'expérience des partenaires clés dans le cadre d'un projet communautaire issu de la collaboration de l'Université de Montréal et une école d'un quartier défavorisé. En essayant de comprendre les barrières et les facilitateurs dans la mise en œuvre de ce projet, nous espérons élucider le processus non seulement pour le projet L'Extension, mais également pour des futurs projets de dentisterie sociale en collaboration avec des organismes communautaires.

Chapitre 2 — Revue de littérature

1. Santé générale des immigrants au Canada

L'état de santé d'un immigrant est relié à ses conditions de vie dans son pays d'origine ainsi qu'aux raisons de sa migration (Wang & Hu, 2013). D'autres facteurs environnementaux, socio-économiques et culturels peuvent également y contribuer. Il est intéressant de constater que plus de 90 % des nouveaux arrivants au Canada rapportent un état de santé très bon ou excellent (McDonald & Kennedy, 2005) et sont en moyenne en meilleure santé que les Canadiens nés au pays (Ng, 2011). Ainsi, les jeunes immigrants sont moins enclins à fumer, boire de l'alcool, avoir des agissements suicidaires et ont moins de chance de devenir obèses, comparativement aux Canadiens d'origine (Beiser, 2005). Cela pourrait être expliqué par les déterminants de santé individuels avant l'immigration ainsi que par les politiques d'immigration canadiennes. Ces politiques favorisent les individus ayant une santé optimale, un degré d'éducation supérieur, une bonne expérience de travail et d'autres compétences contribuant à une meilleure qualité de vie en tant que nouveaux immigrants (Gushulak et al., 2011).

Cependant, l'enquête longitudinale des immigrants au Canada (N = 7720) montre qu'une fois installés, les immigrants subissent une dégradation de leur état de santé (De Maio & Kemp, 2010; Newbold, 2009). Plusieurs études montrent notamment que l'immigration au Canada est associée avec un risque accru de prise de poids excessif (McDonald & Kennedy, 2005), de développement de maladies chroniques (Pérez, 2002) ainsi que de dépression (Ali, McDermott, & Gravel, 2004). Selon De Maio et Kemp, ce n'est pas le manque de services qui entraîne cette dégradation, mais plutôt un sentiment de discrimination et l'inégalité socio-économique (De Maio & Kemp, 2010).

Ainsi, même s'il existe des services pour les immigrants, la discrimination et les inégalités socio-économiques présentent des barrières importantes à l'accès aux soins. Une étude de portée réalisée en 2016 relève une liste de barrières à l'accès aux soins chez les immigrants au Canada

parmi lesquels figurent : la barrière de la langue, notamment la capacité de communiquer avec des professionnels de la santé, la peur de discrimination et de stigmatisation reliée à une mauvaise expérience avec les professionnels de la santé, le manque de connaissances des ressources et un faible réseau social (Kalich, Heinemann, & Ghahari, 2016). Le Québec vit des difficultés semblables en ce qui a trait aux difficultés d'accès aux soins (Rebecca S. Pitt, 2015; Rousseau et al., 2013).

Selon Krieger et collaborateurs, il est possible d'avoir un impact sur les déterminants sociaux de la santé des immigrants en impliquant la communauté dans le processus de recherche. Selon les résultats de leur étude, le partenariat communautaire a permis d'améliorer avec succès certains facteurs proximaux tels que le développement de réseaux sociaux et l'amélioration de la qualité des logements (Krieger & Higgins, 2002).

2. Santé buccodentaire des immigrants au Canada

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous intéressons plus en particulier à la santé buccodentaire des enfants des immigrants puisque le programme de soins de santé buccodentaire étudié se fait en partenariat avec une école primaire située dans un quartier multiculturel défavorisé.

Contrairement à la santé générale, la santé buccodentaire n'est pas évaluée dans le cadre des examens médicaux pour entrer au Canada. L'état de santé buccodentaire n'est donc pas connu à leur arrivée. Par contre, certaines études montrent que la santé buccodentaire des immigrants semble se détériorer après leur arrivée au pays (Calvasina, Muntaner, & Quinonez, 2015; Newbold, 2009). En 1998, les réfugiés et les jeunes immigrants étaient 5 fois plus à risque de développer une maladie buccodentaire que les jeunes nés au Canada (Locker, Clarke, & Murray, 1998). En Saskatchewan, il a été observé que le score moyen caod/CAOD des réfugiés et immigrants âgés de 6 à 11 ans était considérablement plus élevé que celui des jeunes canadiens du même âge (Hoover, Vatanparast, & Uswak, 2017). Cet écart peut être expliqué soit par le manque de soins buccodentaires dans leur pays d'origine (Bedos, Brodeur, Arpin, & Nicolau,

2005; Macdonald et al., 2019), une mauvaise alimentation, un manque d'eau fluorée, une hygiène dentaire déficiente ou un accès limité aux soins dentaires dans le passé. Une autre étude, par contre, a montré que lorsque l'immigrant est acculturé, c'est-à-dire qu'il s'assimile à la culture dominante, il y a une augmentation dans la fréquence d'utilisation des services dentaires et les indicateurs de santé buccodentaire comme l'indice carieux et la santé parodontale s'améliorent (Gao & McGrath, 2011).

Malgré cela, en ce qui a trait aux besoins de soins dentaires des immigrants au Canada, 32 % rapportent des besoins non comblés en 2014 (Calvasina, Muntaner, & Quinonez, 2014).

3. Points d'accès aux soins et couverture des soins buccodentaires au Québec

La plupart des soins de santé buccodentaires au Québec sont offerts par des bureaux privés et les dentistes sont rémunérés à l'acte. Ainsi, les patients prennent en charge le coût des traitements. Lorsqu'un patient a des assurances dentaires privées, ces assurances couvrent une partie des frais.

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est une assurance gouvernementale provinciale qui couvre la totalité des frais des soins buccodentaires de base des enfants de moins de 10 ans ainsi que des personnes en situation de pauvreté qui sont inscrites au programme de sécurité du revenu. Pour les personnes en situation de pauvreté, la RAMQ couvre un examen dentaire par année, les radiographies, les nettoyages de dents, les examens d'urgence, les restaurations en amalgame de dents postérieures, les restaurations esthétiques de dents antérieures, et les traitements chirurgicaux. Par contre, pour les enfants de moins de 10 ans, les soins préventifs ne sont pas couverts. Ces coûts doivent être pris en charge par les parents ou tuteurs qui n'ont pas nécessairement tous les moyens de les assumer.

En ce qui concerne les réfugiés, en arrivant au Canada, ces derniers ont une couverture dentaire par le biais du gouvernement fédéral pour les soins d'urgence. Cette couverture est valide le temps qu'ils conservent leur statut de réfugié. Seuls les examens d'urgence, les extractions et les restaurations de dents sévèrement atteintes de caries sont couverts, ce qui signifie que les patients doivent défrayer les coûts des soins dentaires préventifs et des traitements endodontiques.

Il existe également des programmes publics offrant des soins gratuits pour certaines populations ayant un besoin accru de soins buccodentaires. Par exemple, dans le cadre du programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 mis en place par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec pour les populations défavorisées, il existe un programme de soins buccodentaires ciblant les enfants du primaire et du secondaire. Celui-ci est administré par des hygiénistes dentaires du CISSS ou du CIUSSS du quartier et offre des suivis dentaires préventifs individualisés auprès des enfants de la maternelle à la 2^e année du primaire. Il offre également l'application de scellants dentaires sur les 1^{res} et 2^{es} molaires permanentes. L'hygiéniste dentaire vérifie la santé des dents des enfants, discute avec eux des saines habitudes alimentaires et les incite à améliorer leur hygiène buccodentaire. Selon le cas, en appliquant un critère standardisé, les enfants bénéficient gratuitement de scellants dentaires. Les interventions de promotion et de prévention ont été intégrés au programme *École en santé*, un programme scolaire visant à améliorer l'acquisition de saines habitudes de vie à travers des activités comme le mois de la santé buccodentaire (MSSS, 2019).

En ce qui concerne le quartier Parc Extension, il existe un programme gouvernemental, la clinique Bébé-dent au CLSC de Parc-Extension et de Côte-des-Neiges, qui offre des consultations gratuites une fois par mois aux enfants de 6 mois à 3 ans auprès d'un dentiste pédiatrique et d'une hygiéniste dentaire. Lors de cette visite, l'enfant reçoit un examen dentaire, une application de vernis fluoré si nécessaire ainsi que des conseils de soins dentaires (MSSS, 2019).

4. Sous-utilisation des soins buccodentaires

Malgré qu'il y ait de nombreux points d'accès aux soins buccodentaires pour les immigrants, plusieurs ne s'y rendent pas. Par exemple, en Ontario, 33 % des immigrants rapportent ne pas avoir vu de dentiste de l'année et 25 % rapportent consulter uniquement en cas d'urgence (Mehra, Costanian, Khanna, & Tamim, 2019). Au Québec, 55 % des immigrants récents rapportent être utilisateurs des services de soins buccodentaires préventifs comparé à 76 % des non immigrants (Bedos et al., 2005).

5. Conséquence de la mauvaise santé buccodentaire chez les enfants

En ce qui a trait à la santé buccodentaire des enfants, une mauvaise condition buccodentaire a un impact négatif sur la qualité de vie (Filstrup et al., 2003; Pahel, Rozier, & Slade, 2007). Par exemple, les caries dentaires pourraient mener à une capacité de mastication réduite, à un appétit diminué, à une perte de poids et à une interruption du sommeil (Acs, Shulman, Ng, & Chussid, 1999; Feitosa, Colares, & Pinkham, 2005; Filstrup et al., 2003). La douleur buccodentaire nuit à la concentration de l'enfant et à sa participation aux activités scolaires, augmentant le risque de difficultés scolaires (Guarnizo-Herreno & Wehby, 2012).

C'est avec l'intention d'adresser cette problématique que le partenariat entre l'Université de Montréal et l'école Barclay du quartier Parc Extension se forme.

6. L'imputabilité sociale : une vision des facultés de médecine canadiennes

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'imputabilité sociale des facultés de médecine comme suit : « l'obligation d'axer leurs activités d'enseignement, de recherche et de service sur les problèmes prioritaires en matière de santé de la communauté de la région et de la nation

qu'elles ont le mandat de servir. Ces problèmes doivent être déterminés conjointement par les gouvernements, les organismes de santé, les professionnels de la santé et le public » (OMS, 1996).

Les écoles de médecine se sont données un contrat social qui va au-delà de leur rôle déjà bien établi qui est d'enseigner et de faire de la recherche (Parboosingh, 2003). Selon le dernier rapport de Santé Canada sur l'imputabilité sociale des écoles de médecine, les universités canadiennes partagent la vision de travailler ensemble en partenariat avec d'autres professionnels et organisations communautaires ainsi qu'avec les décideurs politiques pour développer une vision cohérente d'un système de santé évolutif et durable (Santé Canada, 2001). Cette vision serait mise en œuvre à travers des projets collaboratifs sous forme de partenariats Université-Communauté (PUC) offrant des services à la population ainsi qu'à travers des projets de recherche dans le contexte communautaire (Calleson, Seifer, & Maurana, 2002).

7. Les Partenariats Université-Communauté (PUC)

La mise en place des PUC implique de rassembler des partenaires de divers milieux tels que des étudiants sous-gradués et gradués, des administrateurs et professeurs universitaires, des membres d'organismes communautaires et des décideurs gouvernementaux. Cette collaboration peut être d'un grand bénéfice pour chaque partenaire. L'université bénéficie du rayonnement de son programme d'enseignement et de recherche tout en répondant à son mandat de service à la communauté. Les organismes communautaires tirent également avantage de l'expertise intellectuelle, technique et technologique des universités dans la résolution de problèmes communautaires (Donna J. Cherry, 2008).

8. Les barrières des partenariats Université-Communauté (PUC)

Du point de vue pratique, le partage des rôles et responsabilités entre les partenaires de divers milieux entraîne des difficultés. C'est un environnement de travail complexe qui vient avec des défis organisationnels importants (Knapp, 1998; Lerner, 1999). Dans une revue de littérature sur

les barrières dans les PUC du domaine de la santé, Chak décrit des difficultés couramment vécues (Chak, 2018b).

La première est d'arriver à des relations de pouvoir équitables entre les partenaires. Le milieu académique a tendance à adopter une position paternaliste en sous-estimant l'expertise des gens de la communauté et en gardant le contrôle sur chaque étape (Provan, Harvey, & de Zapien, 2005).

Le deuxième défi est que le mode de partage des pouvoirs entre les collaborateurs est très différent de celui en recherche traditionnelle. Certains universitaires se sentent plus confortables à produire des résultats publiables selon le modèle conventionnel plutôt que de s'aventurer dans la communauté (Miller et al., 2015). Même ceux qui entreprennent des études en PUC ont tendance à éprouver des difficultés à déléguer les responsabilités ainsi que de partager les crédits de la recherche (Staley, 2009). Parallèlement, le rôle habituellement passif de receveurs de connaissance des membres de la communauté peut les rendre mal à l'aise à exprimer leurs intérêts et leurs besoins (Allen, Culhane-Pera, Pergament, & Call, 2011).

La troisième barrière est la méfiance des partenaires. En effet, même dans les partenariats dits communautaires, les chercheurs travaillent souvent « dans » la communauté plutôt qu'« avec » la communauté (Garcia-Rivera et al., 2017). Ainsi, il est difficile d'avoir un dialogue authentique et réciproque entre les chercheurs et les membres de la communauté (Horst, 2011). Ceci entraîne un manque de confiance de la part des acteurs clés de la communauté envers l'université (Netshandama, 2010).

Le quatrième problème au sein des PUC est que parfois les universitaires ne procèdent pas à un transfert de connaissances adéquat suite à l'étude. C'est-à-dire que les résultats de l'étude ne sont pas communiqués aux participants de façon à les rendre véritablement utiles (Ahmed et al., 2016).

Enfin, la cinquième difficulté est que les universitaires ont souvent de la difficulté à obtenir des fonds capables de soutenir une étude à long terme (Garcia-Rivera et al., 2017). Ainsi, étant donné les ressources limitées des chercheurs, il est difficile pour eux de maintenir des relations à long terme avec la communauté ciblée (Lemacks, Landry, & Wenzler, 2018).

Du point de vue éducatif, Pellegrino souligne qu'un des défis principaux est d'équilibrer la mission éducative de l'université avec les besoins de la population qui reçoit ces soins (Pellegrino, 1999). Woollard propose qu'il devrait y avoir une boucle de rétroaction permettant aux universités d'évaluer de façon itérative le progrès de l'intervention (Woollard, 2006). Cela signifie qu'une fois le programme mis en place, il devrait y avoir une façon de le réévaluer périodiquement et de s'assurer qu'il répond bien aux besoins de l'université et de la population ciblée. Un programme de service communautaire devrait donc être développé de pair entre la population et les chercheurs.

Un exemple d'un partenariat communautaire en recherche dans le domaine de la santé est celui de l'université Columbia avec Head Start (Faith Lamb-Parkera, 2001). Head Start est un organisme qui intervient auprès des enfants de bas âge provenant des familles à faible revenu afin de favoriser leur succès scolaire. Cet organisme vivait une baisse du taux de participation des parents dans leur programme et c'est ainsi qu'ils ont formé une équipe de recherche composée de membres de Head Start ainsi que de chercheurs universitaires afin de mieux connaître les barrières à la participation des parents. Parmi ces facteurs ils ont noté que presque la moitié des parents rapportaient ressentir des symptômes de dépression, de tristesse ce qui entraînait un manque d'énergie et de motivation pour participer à Head Start. D'autres barrières à la participation étaient le conflit d'horaire et le manque de flexibilité dans les horaires d'activités. Les chercheurs expliquent que le succès de l'étude participative était dans la façon dont ils ont vécu le partenariat de recherche. Ce dernier était basé sur la notion que les praticiens, les membres de l'organisme, les parents et les chercheurs avaient tous une expertise et une créativité qui servait à augmenter la validité et la pertinence de l'étude entreprise.

9. Les PUC de service dans le domaine buccodentaire

Un exemple de partenariat de service en médecine dentaire est celui des Universités de Boston et de l'Illinois (Mascarenhas 2011 et Knight 2011). Le service à la communauté fait partie du curriculum pour ces deux universités : les étudiants effectuent des stages cliniques dans la communauté pour une durée de plusieurs semaines au cours de leur formation. Selon les

rapports de Mascarenhas et de Knight, ce type de stage bénéficie autant à la communauté qu'aux étudiants. Cette clinique offre des services de qualité aux communautés défavorisées tout en augmentant leur accès aux soins buccodentaires. De plus, elle est hautement appréciée par les étudiants puisqu'elle contribue à augmenter la confiance en soi ainsi que les habiletés techniques des étudiants. Knight souligne également que ce type de travail clinique permet aux étudiants de développer une approche centrée sur le patient sensible aux réalités des diverses communautés. Par ailleurs, elle n'engendre pas de perte financière à la faculté.

L'Université d'Illinois a examiné la perspective des organisateurs clés des stages communautaires dans une étude qualitative (Smith, Thullen, Evans, Koerber, & Weatherspoon, 2019). Quatorze participants impliqués dans les projets communautaires ont été interviewés dont quelques directeurs de programme, des PDG d'organisations communautaires ainsi que des cliniciens et membres d'équipes dentaires. Ces personnes ont relevé plusieurs avantages et défis dans leur PUC. Les communautés semblent apprécier l'opportunité de recruter des futurs dentistes pour travailler dans leur communauté ainsi que d'augmenter l'impact de leur mission en sensibilisant les étudiants de médecine dentaire aux réalités des communautés. De la sorte, ils perçoivent une amélioration de l'accès aux soins buccodentaires de leurs populations, non seulement par l'activité clinique en cours, mais également à travers la sensibilisation des professionnels de la santé buccodentaires du rôle plus étendu qu'ils peuvent jouer dans les communautés. Enfin, ils soulignent leur satisfaction de travailler dans un environnement agréable et notent que la présence des étudiants permet d'impliquer plus de gens dans l'organisme.

Malgré les avantages des PUC, il y a plusieurs défis. Par exemple, les participants rapportent qu'il est parfois difficile d'arrimer les besoins de la clinique communautaire avec l'enseignement des étudiants. La présence des étudiants diminue le rendement des cliniques puisqu'un étudiant travaille relativement lentement et nécessite de la supervision. Les maîtres de stage s'efforcent de calibrer l'horaire des étudiants afin qu'il soit suffisamment stimulant pour eux sans être trop chargé. Un autre défi est la communication avec l'université, notamment au sujet des horaires des étudiants. Plusieurs lieux de stage rapportent qu'ils n'étaient pas informés d'avance des dates d'examen des étudiants et se retrouvaient à effectuer des changements d'horaires à la dernière minute. Les milieux de stage rapportent également qu'ils auraient aimé avoir une meilleure

communication avec l'université en ce qui a trait au niveau de compétence de chaque étudiant. Certains participants expliquent que, s'ils savaient d'avance les forces et les faiblesses de chacun, ils pourraient donner plus d'indépendance dans les procédures bien maîtrisées et mieux épauler l'étudiant dans des situations cliniques où il se sent moins à l'aise. Les maîtres de stage rapportent également qu'ils auraient aimé avoir plus de commentaires constructifs de la part de l'université quant au travail d'enseignement qu'ils font. Finalement, bien que plus rare, la faculté a eu de la difficulté à gérer certains étudiants qui ne démontraient aucun intérêt envers la communauté et l'expérience de stage.

Au Canada, il existe également des PUC, mais ils sont peu étudiés et font rarement l'objet de publications. L'Université d'Alberta a mis sur pied en 1978 une clinique communautaire satellite pour servir la population du nord de la province avec l'appui financier du gouvernement. Cette clinique offre des soins gratuits aux patients et constitue un lieu de stage pour les étudiants en médecine dentaire. L'université s'est intéressée à identifier les indicateurs de la qualité de vie reliée à la santé buccodentaire auprès de leur population cible (Walter et al., 2007). Afin de valoriser l'importance de la dentisterie communautaire dans le curriculum des étudiants, l'Université d'Alberta a effectué une étude quantifiant l'expérience clinique que ce programme apportait aux étudiants d'une cohorte (Woronuk, Pinchbeck, & Walter, 2004). Les résultats de l'étude ont montré que les étudiants réussissaient bien leurs évaluations cliniques lors des activités de stage, mais ne renseignent pas davantage sur les réalités des PUC.

10. Portait socio-démographique du quartier Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension et le partenariat de l'école Barclay avec l'Université de Montréal

Le recensement national de 2016 produit des statistiques pour l'arrondissement qui comprend les quartiers de Villeray-St-Michel et de Parc-Extension ensemble. Ainsi, cet arrondissement compte 60 205 immigrants, ce qui représente 42 % de la population locale totale. Ce chiffre monte à 69 % si l'on compte les personnes nées à l'extérieur du Canada ainsi que celles qui ont

au moins un parent né à l'étranger. En 2016, la majorité des immigrants proviennent d'Haïti (12,5 % du total), d'Algérie (7,5 %), du Viet Nam (6,3 %), d'Italie (6 %) et du Maroc (6 %). Ensemble, les immigrants de l'Asie du Sud Est, soit de l'Inde, du Bangladesh, du Sri-Lanka et du Pakistan représentaient 12,5 % de la population immigrante de l'arrondissement (Montréal, 2018).

Le quartier Parc-Extension de l'arrondissement Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension est l'un des quartiers les plus défavorisés de la ville de Montréal. Selon la carte de la défavorisation de 2018, ce quartier possède l'indice de défavorisation le plus élevé. Cela signifie qu'il y a une concentration importante de foyers en situation de pauvreté dans cette zone. Cet indice est une moyenne pondérée de quatre variables dont le revenu familial (50 %), la monoparentalité féminine (16,67 %), l'activité des parents (16,67 %) ainsi que la scolarité de la mère (16,67 %).

C'est ainsi que l'Université de Montréal cible l'école Barclay du quartier Parc Extension où la concentration d'immigrants et de personnes en situation de pauvreté est élevée. Cette école est située au centre de ce quartier est l'une des plus grandes écoles primaires francophones de la Commission scolaire de Montréal (CSDM), accueillant près de 650 élèves par année. D'après l'indice de défavorisation 2016-2017, elle est classée 10^{ième} sur l'échelle de pauvreté allant de 1 à 10 de la moins à la plus défavorisée (Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, 2019). Ces données sont calculées à partir de l'indice du milieu socio-économique et de l'indice du seuil de faible revenu parental.

11. Projet L'Extension : un partenariat entre l'Université de Montréal et l'école Barclay

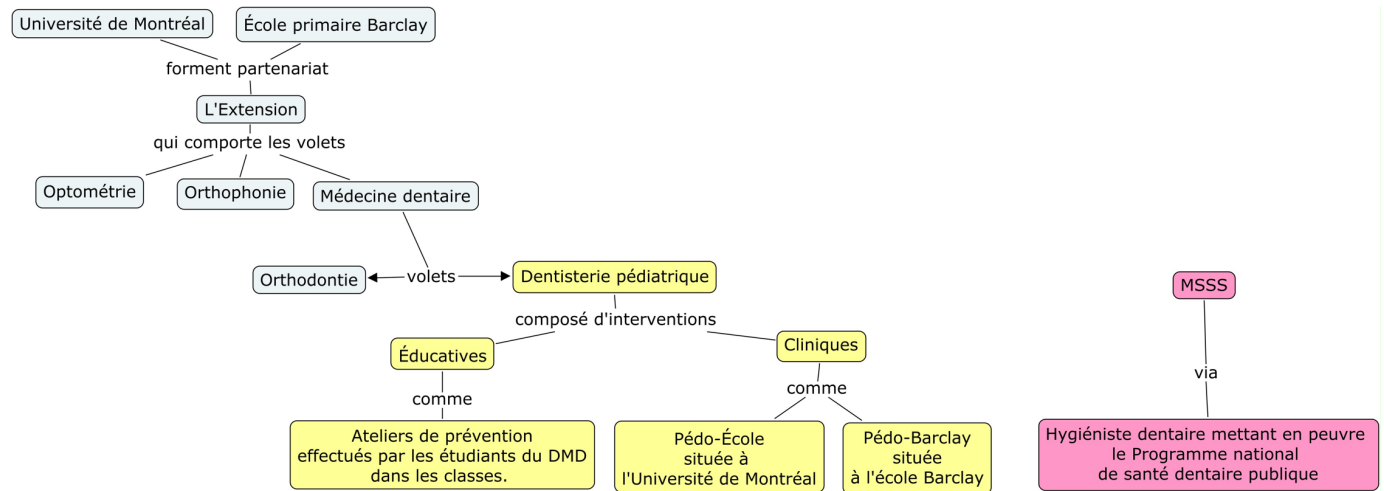
Le programme L'Extension a été lancé en 2014 lorsque le programme d'orthopédagogie de la Faculté d'éducation de l'Université de Montréal a proposé de former un partenariat l'école Barclay. Le projet a débuté avec les travaux des étudiants à la maîtrise en orthopédagogie. En 2015, l'université a développé un programme pour la réussite et la persévérance scolaire

complémentaire au curriculum de Barclay. La faculté d'optométrie s'est également jointe pour offrir des cours sur l'hygiène visuelle, des examens de la vue ainsi que des lunettes gratuites.

En 2015, l'école Barclay avait déjà un programme de prévention buccodentaire administré par le CIUSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, ce qui faisait partie du programme national de santé publique (PNSP). C'est-à-dire que les hygiénistes dentaires du domaine public ont fait un suivi préventif pour les enfants de la maternelle jusqu'à la deuxième année du primaire. Ce programme existe toujours et consiste à faire des examens dentaires permettant d'établir un besoin évident de traitement (BET) ainsi que d'appliquer des scellants dentaires sur les dents des enfants à risque élevé de carie.

La Faculté de médecine dentaire s'est jointe à L'Extension en 2015. Elle a organisé des ateliers de prévention dans les classes animées par quelques dentistes professeurs et étudiants bénévoles. Lors de ces activités, professeurs et étudiants faisaient des jeux éducatifs avec les enfants et leur distribuaient des feuillets d'information ainsi que des kits d'hygiène buccodentaire. En 2016, L'Extension a rajouté le volet Pédo-Barclay en offrant des examens dentaires et des soins préventifs (nettoyages, scellants) dans un local de l'école. C'est-à-dire qu'un dentiste clinicien installait une unité mobile dans le local et travaillait avec deux étudiants quelques journées par mois. En 2017, qu'un autre dentiste clinicien a pris en charge le projet, et a intégré Pédo-Barclay avec Pédo-École où les enfants de Barclay étaient traités à la clinique de dentisterie pédiatrique de l'Université de Montréal. Pédo-École consistait à faire venir quinze enfants en autobus scolaire pour des traitements préventifs et curatifs à la clinique de dentisterie pédiatrique de l'UdeM pour une demi-journée.

Figure 1 — Organigramme illustrant les composantes du partenariat l'Extension au moment des entrevues en 2017



12. Problématique de recherche

Le rôle principal des Universités est l'éducation et la production des connaissances à travers la recherche (Viera, 2012). Certaines facultés, notamment dans le domaine de la santé, se sont ajoutées le mandat de responsabilité sociale par le biais de services à la communauté en partenariats interdisciplinaires. Presque toutes les facultés de médecine dentaire canadiennes s'engagent dans des projets en PUC dans les cliniques communautaires. Étant donné l'impact de ces partenariats sur la communauté, il est important d'étudier l'expérience vécue des tous les participants impliqués, c'est-à-dire, les directeurs de l'école, l'hygiéniste dentaire, les dentistes, les étudiants du DMD ainsi que les parents. Tel que discuté précédemment, l'élaboration et la mise en œuvre des PUC présente plusieurs difficultés. Notre projet est le premier qui explore l'expérience des partenaires dans la collaboration entre une université et une école primaire de quartier.

Chapitre 3 — Objectifs

L'objectif de cette étude est d'examiner comment les acteurs clés du PUC L'Extension ont vécu la mise sur pied du projet depuis sa création en 2015 jusqu'au moment des entrevues, en 2018. Les partenaires étudiés sont deux dentistes professeurs de dentisterie pédiatrique de l'Université de Montréal, l'hygiéniste dentaire du CIUSSS attitrée à l'école Barclay, deux directeurs de l'école Barclay, un intervenant communautaire scolaire, deux étudiants de médecine dentaire et quatre parents d'enfants ayant reçu des soins avec le programme dentaire de L'Extension. Nous souhaitons comprendre quelles ont été les visions et les motivations des partenaires avant de commencer le projet. Quels ont été leurs défis et difficultés au cours de la mise en œuvre. Finalement, quels étaient leurs souhaits pour la suite du projet.

À travers cette étude exploratoire, nous aimerions comprendre la complexité autour de la mise sur pied d'un PUC et arriver à des recommandations pouvant résoudre les difficultés que les partenaires précédemment mentionnés ont vécues. De cette façon, nous souhaitons contribuer à façonner un programme buccodentaire en collaboration avec la communauté sensible aux besoins de la communauté immigrante de Parc-Extension.

Chapitre 4 — Méthodologie et Méthodes

1. L'Extension : mise en contexte

Le volet dentaire de L'Extension a débuté en 2015 en partenariat entre la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et l'école primaire Barclay. Il y a eu plusieurs acteurs clés qui ont mis sur pied le programme entre 2015 et 2018.

Les partenaires impliqués dans l'organisation du volet buccodentaire de L'Extension sont :

1. Deux professeurs de dentisterie pédiatrique de l'Université de Montréal ainsi que quelques dentistes cliniciens sous la direction des deux professeurs.
2. Deux codirecteurs de l'école Barclay.
3. Une hygiéniste dentaire du CIUSSS attitrée à l'école Barclay.
4. Un intervenant communautaire scolaire.

Les bénéficiaires de la PUC sont :

5. Les étudiants du DMD sous gradués ainsi que les résidents en dentisterie pédiatrique.
6. Les enfants ayant reçu des soins avec le programme dentaire de L'Extension ainsi que leurs parents.

Le rôle des professeurs de l'Université de Montréal était d'offrir des soins buccodentaires aux enfants de Barclay et d'encadrer l'apprentissage des étudiants de médecine dentaire en s'assurant que les étudiants atteignent leurs crédits de formation clinique. Le rôle des directeurs d'école était de sélectionner quels partenariats étaient appropriés pour leur école et ensuite d'encadrer l'organisation administrative qui rendait le projet possible. L'intervenant communautaire était un employé de l'école Barclay dont le mandat était de favoriser le lien entre les parents et l'administration de l'école. Son rôle dans l'Extension était de participer aux réunions et contribuer à l'organisation administrative du projet au sein de l'école. L'hygiéniste dentaire

employée par le MSSS mettait en œuvre le programme de santé dentaire publique gouvernemental à Barclay et en parallèle participait au projet l'Extension.

Les soins de santé buccodentaires étaient offerts dans deux cliniques. La première, Pédo-Barclay, était une clinique mobile qui se tenait une fois par mois dans un local de l'école Barclay. La deuxième, Pédo-École se tenait dans le cadre des cliniques régulières de dentisterie pédiatrique sous graduée de l'Université de Montréal. Les interventions buccodentaires étaient prodiguées par les étudiants des deux dernières années en médecine dentaire sous la supervision de dentistes pédiatriques cliniciens de l'université.

2. Déroulement du projet de recherche

Ce projet de recherche s'est déroulé dans le cadre du programme de maîtrise en sciences buccodentaires de la chercheuse principale SK qui est supervisée par les chercheurs Félix Girard, Elham Emami et Christophe Bedos. Le projet a été approuvé par le comité scientifique de l'Université de Montréal, par le comité d'éthique de l'Université de Montréal (certificat # 17-098-CERES-D), et par la Commission scolaire de Montréal.

L'un des enjeux éthiques importants de cette étude était la protection de la confidentialité des participants, alors que le programme de santé buccodentaire étudié était relativement bien circonscrit et que les acteurs clés étaient bien connus dans la communauté. Malgré les efforts de dénominaliser les données, dans certains cas les participants étaient tout de même identifiables par des gens qui connaissent très bien le programme l'Extension. Ce thème a été abordé avant de recueillir le consentement écrit des participants. Dans un effort supplémentaire pour protéger l'identité des participants dans le texte du mémoire, les dentistes, directeurs et intervenant communautaire ont été référés au masculin peu importe leur sexe.

Un autre enjeu éthique concerne la dynamique de pouvoir potentielle dans les interactions entre l'équipe de recherche et les participants. Le recrutement et la collecte de données auprès de certains participants aurait pu répliquer une certaine dynamique de pouvoir, analogue à celle

traditionnellement véhiculée par l'exercice des rôles professionnels dans une approche paternaliste. Toutefois, la chercheuse principale SK a réalisé les activités de recherche dans une optique de partenariat avec les participants et avec le milieu. Elle s'est assurée d'obtenir un consentement libre et éclairé, sans aucune pression. Pour chacun des participants, le niveau de maîtrise de la langue (anglais ou français) était adéquat pour que le consentement soit valide.

3. Approche méthodologique

Le but de l'étude était de comprendre quelle a été l'expérience des partenaires clés du volet dentaire de L'Extension. Étant donné la nature exploratoire de la question de recherche, une approche qualitative a été adoptée (Guba & Lincoln, 1994), il n'y a donc pas d'hypothèse de recherche (Schwandt, 2001).

Plus spécifiquement, nous voulions décrire l'expérience des partenaires en explorant leurs visions et motivation pour le projet, leurs défis au cours de la mise en œuvre ainsi que leurs espoirs futurs. La méthodologie qualitative descriptive était utilisée pour obtenir une connaissance approfondie de la question à l'étude tout en offrant des réponses pratiques et utiles pour les acteurs clés de L'Extension (Sandelowski, 2000) (Sandelowski, 2010).

4. Échantillonnage et recrutement

Le type d'échantillonnage que nous avons choisi est l'échantillonnage par choix raisonné. Le but était de collecter les expériences du plus grand nombre d'acteurs clés différents pour avoir des perspectives de chaque partenaire impliqué dans le projet. Nous avons recruté 12 participants, incluant tous les principaux partenaires responsables de l'organisation du projet : les deux

dentistes professeurs, les deux directeurs de l'école, l'hygiéniste dentaire, et l'intervenant communautaire. Nous avons également recruté des bénéficiaires du programme dentaire L'Extension, soit deux étudiants en médecine dentaire et quatre parents d'élèves de Barclay.

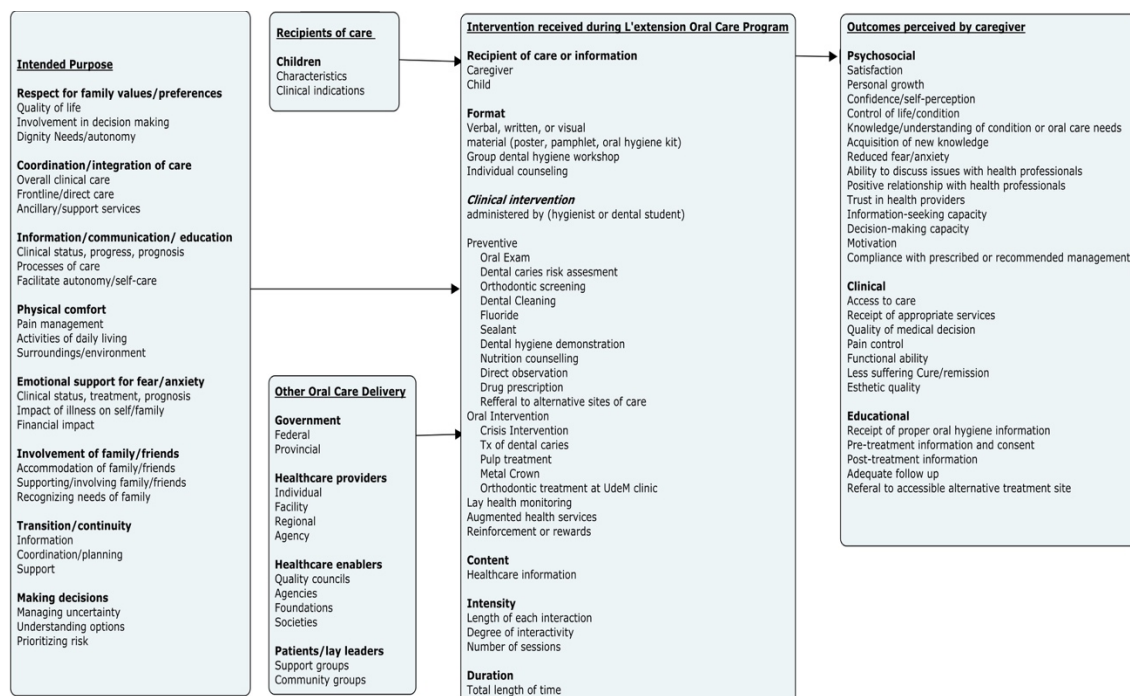
Les participants ont été recrutés graduellement au fur et à mesure que le processus de collecte de données avançait. Je connaissais déjà les deux dentistes responsables des deux volets cliniques de L'Extension. Je les ai donc contactés moi-même par courriel. Un des dentistes de l'Université m'a donné les coordonnées de l'hygiéniste dentaire que j'ai contactée également par courriel. J'ai rencontré l'intervenant communautaire scolaire lors de ma première rencontre avec les directeurs de l'école. Il était devenu une personne-ressource pour contacter les parents puisqu'il les connaissait bien et il m'a également prêté son local pour faire les entrevues avec les parents. Un des étudiants participant m'a été référé par un participant dentiste et ensuite, par effet boule de neige, cet étudiant m'a référé à un autre étudiant (Coleman, 1958) (Goodman, 1961). Les parents ont été recrutés à partir d'une liste fournie par l'intervenant communautaire qui était notre informateur clé (Denzin & Lincoln, 2017). Cette liste avait été préparée par l'administration et contenait les noms et numéros de téléphone des parents dont les enfants avaient bénéficié des soins buccodentaires de L'Extension. Pour chaque participant, nous avons convenu d'un temps et d'un endroit pour l'entrevue qui leur convenait. J'ai contacté les 20 parents sur la liste par téléphone. Cinq parents m'ont retourné l'appel. Quatre de ces parents ont accepté de faire l'entrevue et nous avons pris rendez-vous à l'école Barclay dans le local de l'intervenant communautaire au moment qui les convenait. Le cinquième parent voulait participer, mais partait en voyage de plusieurs mois au moment où on faisait les entrevues. Nous n'avons pas cherché d'avoir une saturation des thèmes, mais avons employé un échantillon de commodité pour les étudiants du DMD ainsi que pour les parents.

5. Collecte de données

Dix entrevues semi-structurées ont été effectuées afin de connaître la perspective individuelle détaillée de chaque participant. Les deux directeurs de Barclay ainsi que deux parents ont demandé de faire l’entrevue ensemble. L’intimité de l’entrevue offrait un contexte indépendant à la dynamique groupe, ce qui permettait d’explorer les thèmes plus en profondeur. De plus, les participants avaient une occasion de parler librement sans être influencés par les rapports de pouvoir du groupe.

Au moment de la conception du projet de recherche, avant de commencer les entrevues, la question de recherche était : comment le programme de santé buccodentaire L’Extension de l’école Barclay peut-il répondre aux besoins des enfants des immigrants du quartier Parc-Extension ? Les trois premières entrevues ont été effectuées avec une grille d’entrevue basée sur cette question de recherche et le cadre théorique modifié de Gagliardi 2011 (cf. figure 1) (Gagliardi et al., 2011).

Figure 2 — Cadre théorique des interventions de transfert de connaissances de Gagliardi et al, 2011



Après avoir pris contact avec le milieu et effectué une analyse préliminaire des premières entrevues, nous nous sommes rendu compte que la question de recherche n'était pas appropriée, car les participants recrutés n'étaient pas en mesure d'y répondre. Par contre, les participants nous ont fait part de la complexité de la mise en œuvre d'un tel PUC et nous avons modifié la question de recherche pour refléter la problématique centrale vécue par les acteurs clés de L'Extension (Clarke, 2012). La question de recherche était : quelle a été l'expérience des partenaires et quels ont été les barrières et les facilitateurs au cours de la mise en œuvre du projet. Le cadre théorique utilisé précédemment est mis de côté pour la suite des entrevues.

Une série de 10 entrevues d'une durée de 20 à 90 minutes ont été effectuées dans un lieu et un moment propice pour chaque participant. Un formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique était présenté aux participants au début de chaque entrevue. Ils avaient le temps d'en prendre connaissance et de me poser des questions avant l'entrevue. Les participants n'étaient pas rémunérés. J'avais commencé l'entrevue en posant des questions sur le rôle des participants dans le projet et tenté d'obtenir plus de détails sur les défis et difficultés.

Les entrevues étaient audio enregistrées en duplicata sur deux appareils différents. En plus des entrevues, je notais mes impressions de l'entrevue dans mon journal de bord et j'effectuais des mémos analytiques tout de suite après l'entrevue (Clarke, 2012).

6. Analyse des données

Les participants étaient rendus anonymes en changeant leurs noms par des codes avant la transcription. Le document avec la clé d'association des noms aux codes a été gardé dans un fichier protégé par un mot de passe sur l'ordinateur de la chercheuse principale. Les entrevues étaient transcrites verbatim et la chercheuse principale les a codées à l'aide du logiciel MaxQDA. C'est-à-dire que les paragraphes étaient découpés pour former des segments représentant des thèmes et des codes leurs étaient assignés. Suite au codage, une matrice synthétisant les résultats principaux était construite à l'aide des segments codés ainsi que des notes prises dans le journal de bord et les mémos analytiques. Une fois la matrice discutée avec les directeurs de recherche,

les résultats étaient groupés en thèmes plus larges. L'analyse finale a été effectuée de concert avec la chercheuse principale et les codirecteurs de recherche.

7. Position de la chercheuse principale

En recherche qualitative, la chercheuse est considérée comme l'outil de recherche dans la collecte des données par entrevue semi-structurées (Cassell, 2005). C'est pourquoi mon bagage et mes caractéristiques font partie de ma collecte et de mon interprétation de données.

Je suis moi-même immigrante venue au Canada en 1995. J'ai vécu le processus d'immigration et d'intégration culturelle avec ma famille. Je suis entourée d'amis et de famille ayant un riche éventail d'expériences d'immigration. Je suis donc particulièrement sensible aux réalités vécues par les parents des enfants de Barclay.

Je suis aussi dentiste de formation graduée de l'Université de Montréal en 2016, un an après le début du projet l'Extension. J'ai participé à des ateliers de prévention les deux premiers étés à Barclay. J'ai bien connu le volet Pédo-École, mais pas Pédo-Barclay. Je travaille en tant que dentiste en bureau privé, mais également dans deux projets de dentisterie communautaire. Vers le milieu de mon processus d'analyse et de rédaction, j'ai commencé à travailler dans une clinique située à Parc Extension. J'ai moi-même traité des enfants de l'école Barclay et parlé avec leurs parents dans le cadre de mon travail. En ce qui a trait à la dentisterie communautaire, je suis responsable de la clinique REZO qui fait partie des stages pour étudiants en santé communautaire à l'Université de Montréal. Je suis également codirectrice de la Clinique dentaire Jim Lund qui est une clinique pour personnes en situation de pauvreté faisant partie des stages externes des étudiants de dentisterie à McGill. Je connais donc bien la réalité des cliniques externes issues de PUC.

Chapitre 5 — Résultats

Cette étude visait à explorer l'expérience partenaires et des utilisateurs du volet dentaire du projet L'Extension. Elle s'intéressait également aux succès et aux défis vécus par les partenaires.

Dix entrevues semi-structurées avec 12 participants en personne ont été effectuées. Les parents C et D ont voulu être interviewés en même temps ainsi que deux membres de l'administration de l'école ont préféré une entrevue pour les deux.

Tableau 1 – Caractéristiques principales des participants (n = 12)

Caractéristique	Nombre
Âge (années)	
25-39	4
40-59	8
Sexe	
Homme	2
Femme	10
Rôle dans le projet	
Membre administration école	3
Dentiste	2
Hygiéniste dentaire	1
Étudiant du DMD	2
Parent	4
Langue de l'entrevue	
Français	9
Anglais	3

Tableau 2 – Caractéristiques des parents interviewés

Caractéristique	Nombre
Âge (années)	
25-39	3
40-59	1
Sexe	
Homme	1
Femme	3
Pays d'origine	
Bangladesh	3
Afghanistan	1
Nombre d'années au Canada *	
10-14	3
16-20	1
Nombre d'enfants à la charge	
2	4
Emploi	
Travailleur autonome	1
Interprète	1
Sans emploi	2
Revenu familial	
30 000 à 39 000	2
40 000 à 50 000	1
Inconnu	1

*Nombre d'années vécues au Canada au moment de l'entrevue en 2018

Expérience des partenaires de L'Extension

1. Direction de l'école Barclay

Au moment de l'entrevue, en 2017, l'école Barclay était dirigée par deux directeurs. Ils collaboraient et négociaient avec l'Université de Montréal pour donner aux écoliers des services tels que les soins buccodentaires, les soins de la vue, et les services d'orthophonie. Tel que décrit précédemment, les soins buccodentaires de L'Extension se sont déroulés en partie à l'école Barclay (Pédo-Barclay) et en partie à la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal dans le cadre du programme Pédo-École.

Les directeurs avaient plusieurs tâches à faire, notamment s'occuper de la distribution et de la collecte des formulaires de consentement aux traitements signés par les parents d'élèves. Ils organisaient également les horaires des rendez-vous des enfants en fonction des plages horaires fournies par les dentistes de la FMD. Dans le cadre de la clinique Pédo-École, l'Université de Montréal remettait à la direction un calendrier avec des plages horaires dédiées à traiter des enfants de l'école Barclay et l'école organisait la sortie des classes des enfants. Pour Pédo-Barclay, l'école fournissait une liste d'enfants aux dentistes qui allaient les chercher dans les classes. La direction organisait également le transport des enfants dans les autobus. Cela signifie qu'ils embauchaient les compagnies d'autobus scolaires ainsi que le ou les surveillants qui accompagnaient les enfants. Enfin, il arrivait quelques fois que les enfants ne coopéraient pas bien au cours des séances cliniques. Dans les cas où la coopération des enfants était difficile dans les autobus et les séances cliniques, la direction de l'école s'occupait d'organiser un suivi dentaire avec les parents.

La direction de Barclay était motivée à continuer à développer le PUC avec l'Université de Montréal, car ils voyaient que le besoin de soins buccodentaires était élevé dans leur population. Ils rapportaient que chaque année il y avait des enfants qui avaient de la difficulté à se concentrer à l'école à cause d'un mal de dents. Lorsque cela arrivait, l'école intervenait auprès

des parents en les aidant à trouver un dentiste pour traiter l'enfant rapidement. Il est déjà arrivé que l'hygiéniste dentaire (HD) de l'école réfère l'enfant à une clinique dentaire d'urgence et la direction encadre le tout pour s'assurer que les parents de l'enfant suivent les étapes nécessaires au traitement.

Dernièrement on en a eu un, il avait toute de la joue enflée puis c'était en train de s'infecter parce que les parents n'ont pas cru bon de l'amener chez le dentiste. Ils lui ont donné du Tylenol à l'occasion puis quand tu regardes dans leur bouche, ils ont des caries. [...] Des fois on est obligé d'aller loin, question de donner des Tylenols croyant ça va se passer, mais là c'est en train de s'infecter t'avait toute... Je ne suis pas médecin, mais tu le vois tout de suite que c'est rouge infecté donc oui on a appelé les parents on n'a pas le choix, vous allez là tout de suite chez le dentiste donc c'est sûr qu'on a des cas comme ça à chaque année qui ressortent un petit peu. (Directeur 1)

Les directeurs de Barclay souhaitaient que L'Extension harmonise les services offerts par l'hygiéniste dentaire et les dentistes pour éviter la redondance des services non seulement pour optimiser l'utilisation des ressources, mais également pour minimiser le nombre de fois que les enfants sortent de classe.

C'est dans le but aussi d'offrir des services dentaires à tous nos élèves comme l'hygiéniste se concentre plus avec les plus petits ben là on a dit on va offrir aux plus grands ce service-là. (Directeur B)

Deuxièmement, les directeurs parlaient de responsabiliser les parents pour les outiller à prendre soin des dents de leurs enfants assistant aux suivis dentaires eux-mêmes. L'idée était qu'ils auraient aimé que l'impact soit durable dans le temps et pour cela, ils croyaient que les parents avaient un grand rôle à jouer dans les rendez-vous dentaires de leurs enfants pour qu'ils puissent le faire également une fois l'enfant soit sorti de l'école.

Puis je pense que, plus on est capable d'outiller les parents à utiliser les différents services, que ce soit pas juste pour un enfant, mais pour toute la famille, donc on est gagnant là-dedans, on est gagnant. (Directeur A)

De façon plus large, les directeurs rêvaient à un programme qui aurait un impact positif sur la santé générale et buccodentaire des enfants au cours de leur vie adolescente et adulte ainsi qu'un impact positif sur la santé buccodentaire des parents et les autres membres de la famille. Pour y arriver, ils souhaitaient que l'école puisse faciliter l'accès aux soins de santé pour les familles de ses enfants de Barclay.

L'idée est là. C'est que quand les services sont à l'école ou tout près de l'école puis qu'il y a de la communication entre les coordonnateurs de la clinique puis l'école il faut vraiment vraiment qu'on soit... c'est ce qui est gagnant. Dans un monde idéal, dans le milieu scolaire, devrait être vraiment plus, plus près du monde médical. On devrait avoir des fois un pédiatre à proximité. On devrait avoir la dentisterie tout près aussi de l'école pour que ce soit plus facile tant pour nos familles surtout en milieu défavorisé qui ont du mal à quitter le quartier parce que sortir de la maison ça engendre des coûts donc le mieux c'est la proximité avec l'école toujours puis vraiment une bonne communication entre les intervenants. (Directeur B)

La direction de Barclay a vécu des difficultés au cours de la mise en œuvre du projet. L'Extension ne représentait qu'une petite partie de tous les projets qui se faisaient au sein de l'école. Les directeurs étaient surchargés parce qu'en plus de leurs tâches administratives régulières, ils avaient une multitude de projets supplémentaires à gérer : les soins de la vue, l'orthopédagogie, les cours de yoga, de méditation et de sport, la distribution de collations et d'autres. Dans le cadre de chaque projet, la direction s'assurait que le tout se déroulait bien et que le projet continuait à apporter un bénéfice aux enfants. Il arrivait que certains projets ne soient pas intéressants pour les enfants et la direction les coupait du programme.

Une difficulté particulière à L'Extension qui entraînait le surmenage était la quantité de travail administratif qui englobait l'organisation du volet Pédo-École. Les directeurs s'engageaient personnellement à s'occuper des détails organisationnels énumérés précédemment (consentements parentaux, horaires cliniques des élèves, gestion des autobus et des surveillants). Les directeurs ont trouvé l'organisation des horaires difficile, car, au début, l'horaire de la FMD ne s'arrimait pas bien avec celui de l'école Pédo-École; celle-ci demandait que les patients soient présents pour leur rendez-vous à 9 h. Or, Barclay ne pouvait faire venir les enfants dès 9 h, car ces derniers se rassemblaient dans la cours d'école à 8 h 45. Il était impossible pour les surveillants de rassembler les enfants assez tôt pour arriver à l'heure pour le rendez-vous de 9 h. Après plusieurs retards dans les rendez-vous de Pédo-École, les dentistes de l'Université de

Montréal ont placé une autre école dans la plage horaire de 9 h et ont déplacé Barclay à une nouvelle plage horaire plus tardive.

Un autre défi du côté de la direction Barclay était de s'assurer qu'il y ait suffisamment d'enfants pour combler toutes les places cliniques pour Pédéo-École avant de les envoyer en autobus. Par exemple, s'il y avait des enfants qui étaient absents, les directeurs se donnaient la tâche de trouver d'autres patients pour les remplacer au dernier moment. De ce fait, Barclay se trouvait à être au service de la FMD pour atteindre l'objectif de combler toutes les places cliniques et offrir à chaque étudiant du DMD l'opportunité de traiter un enfant. Afin de résoudre ce problème, Barclay a décidé d'envoyer plus d'enfants à traiter que de places cliniques disponibles pour avoir suffisamment d'enfants à traiter même s'il y avait des absences.

Parce que des fois il y a des enfants qui ne sont pas là, il y a des enfants qui sont absents, donc il faut être capable de les remplacer aussi; donc c'est pas toujours facile de faire au pied levé. C'est au matin que les enfants quittent de bonne heure, donc on n'a pas le temps de se réajuster. Il en faut plus d'élèves pour en laisser quelques-uns si...
(Directeur 1)

Une autre difficulté importante pour Barclay était que le nombre de fois que chaque enfant devait sortir de classe pour aller à un rendez-vous dentaire était trop élevé selon les enseignants et devenait difficile à gérer pour eux. À chaque semaine il y avait plusieurs élèves qui manquaient des parties de cours et les enseignants étaient obligés de répéter leurs leçons plusieurs fois.

Une autre difficulté reliée à la sortie de classe était que pour certains enfants qui avaient besoin de plusieurs rendez-vous, ces rendez-vous étaient dispersés sur une période de plusieurs mois. La direction de Barclay disait que les enseignants trouvaient cela difficile surtout quand les rendez-vous ne se faisaient pas de manière consécutive, car ils ne comprenaient pas pourquoi un enfant qui a eu un examen dentaire en septembre avait encore des rendez-vous chez le dentiste en avril. En résumé, le fait que les enfants manquaient souvent des cours perturbait l'organisation des enseignants de Barclay. De plus, les professeurs de Barclay ne semblaient pas être informés de la séquence de rendez-vous de leurs élèves et étaient surpris à chaque fois qu'un enfant devait sortir de classe. Cette question a été soulevée dans les réunions annuelles entre la FMD et Barclay, mais aucune solution n'avait été trouvée.

C'est vraiment là que ça accroche. C'est le nombre de sorties de classe. Puis aussi c'est que pour le nettoyage puis l'examen ça, ça va parce que c'est précis dans le temps, mais c'est qu'on se retrouve avec des élèves qui sortent en examen et en nettoyage au mois d'octobre, mais qui sont encore sortie de classe en février pas à toutes les semaines à toutes les cliniques, mais que on peut pas dire check c'est fini pour ce groupe-là parce que les traitements sont pas assez concentrés pour que ça finisse. C'est sûr que octobre, novembre c'est fini on n'a plus de traitement avec ce groupe-là c'est fini, mais là l'enseignant ne sait jamais oups elle arrive au mois de février elle avait prévue un tel projet oups l'enfant doit sortir pour aller à la clinique dentaire (hésitation) là on ne comprend pas trop parce que cet enfant-là était déjà sorti en octobre pour l'examen et tout. Donc c'est ça. C'est la plus grosse problématique c'est qu'il y a trop de sorties puis c'est étendu sur une trop longue période fais que c'est difficile au niveau de l'organisation des enseignants qui ont cette surprise-là. Un moment donné on dit oups il va me manquer 3 élèves cet après-midi parce qu'ils sont à la clinique dentaire. C'est surtout ça, mais ils sont très conscients des besoins de nos élèves. (Directeur A)

Les directeurs rapportent que la présence des parents lors des rendez-vous dans la clinique Pédéo-École aurait été difficile, car il n'est pas facile pour eux de physiquement se rendre à l'Université de Montréal. En effet, il a beaucoup de parents ont de la difficulté à se déplacer à l'extérieur du quartier Parc-Extension. Ainsi, avoir une clinique dans le quartier serait très facilitant pour eux.

Et partir à l'Université, c'est loin l'Université. Pis nos parents des fois ils connaissent juste un peu le secteur. Juste monter et revenir sur la côte Jarry... c'est comme si c'est dépayçant. Et ils ont tellement de préoccupations autres. Pis tsé je les comprend aussi, ils arrivent dans un nouveau pays pis les coutumes sont pas pareilles, les coutumes et la façon de manger... (Directeur A)

Finalement, les directeurs et l'intervenante communautaire trouvaient que la clinique Pédéo-École n'aidait pas à responsabiliser les parents face à la santé buccodentaire des enfants. Les directeurs pensaient que le système en place avec les autobus et les traitements à l'Université empêchait l'implication des parents, car l'école s'occupait de tous les rendez-vous sans demander aux parents d'être présent. Ils pensaient que si les parents prenaient en charge les suivis des rendez-vous subséquents par eux-mêmes, cela leur donnerait plus d'outils pour prendre soin des dents de leurs enfants et de la famille en général.

Ces défis organisationnels et questionnements sur la vision du projet avaient été partagés lors de des rencontres annuelles des partenaires de l'Extension organisées par le dentiste A. Ces rencontres incluait les dentistes cliniciens de la FMD, les directeurs et les adjoints de Barclay

ainsi que le staff de la clinique Pédo-École. Bien que les directeurs ont pu expliquer les difficultés organisationnelles qu'ils avaient vécus, ils estimaient n'avoir pas de pouvoir décisionnel en ce qui concernait la vision globale du projet. Les directeurs percevaient ces réunions non pas comme des rencontres de partage de décisions, mais plutôt comme des séances d'information pour informer les partenaires des décisions qui avaient été prises par les dentistes de l'Université de Montréal afin de mieux coordonner les rendez-vous dentaires.

Malgré les difficultés, les directeurs avaient tout de même une attitude positive envers ce partenariat, car ils étaient satisfaits des services offerts. De plus, l'organisation de la clinique Pédo-Barclay était simple et avait moins de conséquences sur les absences des enfants. Afin d'améliorer la collaboration, ils auraient aimé que la FMD soit mieux à l'écoute des besoins de l'école. Ils auraient aimé que les dentistes comprennent mieux les contraintes relatives aux horaires de l'école, la difficulté d'avoir un surveillant dans l'autobus, et la nécessité que les enfants reviennent à une heure particulière pour que les parents viennent les chercher. Finalement, les directeurs de Barclay souhaitaient que la clinique dentaire soit dans l'école ou bien proche de l'école. Ils aimeraient également que les parents soient plus impliqués dans le projet, mais qu'il y ait quelqu'un qui coordonne le projet pour alléger le fardeau administratif pour les directeurs. Ils suggéraient même de faire une clinique dentaire mobile dans un autobus et le stationner dans le cours d'école pour soigner les familles de Barclay.

C'est sûr que la proximité physique de la clinique est intéressante. C'est vraiment intéressant ce projet-là. (Directeur A)

À un moment donné ça prend quelqu'un pour coordonner tout ça. À un moment donné ça devient trop. Ça retombe sur nos épaules de trouver un parent bénévole pour cette date-là... À la dernière minute il devient difficile... (Directeur B)

L'idée est là. c'est que quand les services sont à l'école ou tout près de l'école puisqu'il y a de la communication entre les coordonnateurs de la clinique puis l'école il faut vraiment vraiment qu'on soit... c'est ce qui est gagnant. (Directeur B)

2. Intervenante communautaire

Le rôle de l'intervenante communautaire au sein de l'école Barclay était de faire le lien entre les parents des enfants et l'école Barclay. Elle organisait des activités récréatives et de bénévolat pour les parents et rencontrait les parents vivant des situations de vie difficiles pour les orienter vers des ressources utiles. Elle encadrait les parents bénévoles dans la bibliothèque, la distribution de la collation et la décoration de Noël ainsi que d'autres activités ponctuelles comme L'art et conte qui réunissait plusieurs parents dans un projet commun. Elle décrivait son rôle comme étant d'aider les familles nouvellement arrivées au Canada à s'intégrer dans la communauté de l'école Barclay. En participant à ces activités, elles avaient l'occasion de tisser des liens avec d'autres parents vivant des situations semblables. Il arrivait également qu'un parent demande de l'aide à trouver un interprète pour traduire dans sa langue et l'intervenante communautaire pouvait jumeler deux parents pour s'entraider.

Au sein du projet L'Extension, elle n'avait pas de rôle assigné avant l'année scolaire 2017-2018. En 2017, la direction de Barclay lui avait demandé de les aider les parents à s'occupent eux-mêmes des rendez-vous de suivi à la clinique Pédo-École. Ainsi, l'école Barclay organiserait seulement le premier rendez-vous d'examen dentaire et les parents auraient été responsables des rendez-vous subséquents. Le rôle de l'intervenante communautaire serait de s'assurer que les parents prennent soient bien informés et guidés dans suivis dentaires.

Selon le mandat que l'école lui a donné, elle voyait plusieurs avantages à responsabiliser les parents à accompagner leurs enfants aux rendez-vous dentaires. Selon elle, si l'école s'occupait de tous les suivis; cela habituerait les parents à l'idée que la santé buccodentaire des enfants serait la responsabilité de l'école. Ainsi, en sortant de l'école primaire, ils ne sauraient pas comment s'en occuper. Pour l'intervenante communautaire, il était important de mettre en œuvre un projet durable dans le temps qui montre un bon exemple aux enfants fréquentant Barclay. Elle aimerait instaurer un modèle durable qui responsabiliserait les parents à prendre soin des dents de leurs enfants.

L'intervenante communautaire reconnaissait que les nouveaux immigrants en situation de pauvreté ont beaucoup de préoccupations et qu'il n'était pas facile pour eux de s'impliquer activement dans des projets. Par contre, elle témoignait du grand taux de participation à plusieurs petits projets qu'elle organisait dans l'école. De plus, les parents interviewés avaient manifesté un intérêt à s'impliquer dans le projet L'Extension en offrant de l'aide avec la surveillance des enfants.

Hum. Ben je suis toujours un peu sceptique quand on me demande quelque chose de plus au parent compte tenu que je sais que déjà... Quand ils sont des nouveaux arrivants ils ont une grande charge. Je suis surprise par la suite de comment les parents réussissent à s'impliquer.

C'est sûr qu'au début quand je suis arrivée ici on me disait que ça s'impliquait pas beaucoup, on les sentait loin de l'école, mais moi depuis que j'ai parti maintes et maintes projets. J'ai même 60 bénévoles dans une école. Ici je frôle même les 50 je crois de gens qui veulent s'impliquer. (Intervenante communautaire)

L'intervenante communautaire souhaitait que le partenariat reconnaisse les forces des parents et renforce leur sentiment de compétence, favorise l'accès aux services, et ait un impact sur les habitudes de vie saines des familles de la communauté. Elle remarquait que de nombreux parents avaient des diplômes universitaires de leurs pays et avaient des forces dans divers domaines qui pourraient être exploitées pour faire grandir le projet. Par exemple, il y avait un parent qui était traducteur/interprète qui peut contribuer à promouvoir le projet L'Extension et la santé buccodentaire en Urdu à ceux qui ne comprennent pas bien le français.

Ça fait partie de mon travail moi j'avoue que je pense que je joue plus un rôle de renforcement de sentiment de compétence. Tsé quand tu pars d'un nouveau pays puis comme tu disais la maman qui est cardiologue dans son pays puis qui maintenant fait du bénévolat au Trotibus un moment donné la vie est pas trop rose. Donc moi je pense que je suis plus la relation qui leur permet de se sentir bien. Puis encore le besoin d'être accueilli... c'est pas tout le monde que cette façon de faire. On leur dit beaucoup quoi faire ce que vous devez faire, mais on prend pas le temps de vider leurs verres mettons. (Intervenante communautaire)

3. Hygiéniste dentaire du CIUSSS

Il y avait une seule hygiéniste dentaire (HD) attitrée à l'école Barclay par le CIUSSS. Les tâches qui lui étaient données par le programme de santé publique provincial sont de faire un dépistage des élèves de la maternelle et de première année pour identifier les enfants à risque de carie, faire des suivis individuels deux fois par année des élèves dépistés pendant 3 ans (inspection des dents, application de fluorure, discussion nutrition et brossage), faire la pose de scellants dentaires sur les premières molaires adultes en deuxième année, et l'envoi des consentements aux parents pour les susdits services.

Étant donné que l'HD travaillait déjà à Barclay au moment où L'Extension a commencé, elle a participé au projet malgré que son rôle dans celui-ci n'avait pas été clairement défini, ni par l'école, ni par le CIUSSS. Dans l'année scolaire 2016-2017, afin de faciliter l'implantation du volet dentaire, son chef de service lui a mandaté de faire la liste des élèves qui devaient aller à la clinique Pédo-École, et de les accompagner dans l'autobus et la clinique de la FMD à 8 séances avant que le service de garde ne le prenne en charge. En 2017, elle a arrêté de participer au projet suite à la demande de sa patronne de la Direction de santé publique puisque la charge de travail l'empêchait de compléter ses tâches mandatées par le CIUSSS.

L'HD aimait l'idée du projet L'Extension parce que selon elle, les enfants de Barclay ne fréquentaient pas suffisamment le dentiste et avaient besoin d'un service qui leur faciliterait l'accès aux soins buccodentaires. Elle racontait qu'elle revoyait des enfants avec les mêmes caries en deuxième année du primaire qu'elle avait vu en première année. Elle dit qu'elle faisait de son mieux pour encourager à consulter un dentiste, mais certains parents ne faisaient pas.

Et étant donné qu'on est dans un quartier multiethnique à faible revenu, il y a beaucoup d'élèves qui même ne vont pas chez le dentiste carrément même si c'est gratuit. Est-ce que c'est par la méconnaissance tsé ya des parents qui parlent pas beaucoup Français, qui parlent peu Français, baraginent l'anglais et connaissent probablement pas les services. Donc tsé des fois je fais des relances il y a encore des enfants après deux trois ans qui n'ont pas été chez le dentiste. (Hygiéniste dentaire)

Lorsque la FMD a commencé L'Extension, l'HD prodiguait déjà des soins buccodentaires préventifs dans les classes de première et deuxième année. La FMD a lancé leur volet avec des ateliers d'hygiène dentaire en 2015, la clinique Pédo-Barclay en 2016 et Pédo-École en 2017. La FMD visait à recruter des enfants de divers âges pour des soins préventifs et curatifs, ce qui entraînait un dédoublement de services préventifs pour les classes de première et deuxième années.

C'est mon programme, c'est le ministère. Nous on a un programme, justement il a été renouvelé l'année passée. Donc moi, voici mon mandat et voici ça, c'est vraiment le ministère qui le dit. Et je ne voulais pas (...) aussi dire aux universitaires pour pas qu'on s'empiète, qu'on fait du dédoublement de service. (Hygiéniste dentaire)

En discutant avec la direction de l'école, on a convenu, pour ne pas empiéter sur mon programme, on va commencer avec les élèves de deuxième année parce que nous aussi on fait des scellants dentaires dans les écoles. J'ai dit bon, étant donné que les élèves de deuxième année ils pourraient peut-être faire l'application des scellants à l'université. (Hygiéniste dentaire)

L'HD a vécu plusieurs difficultés lors de la mise en œuvre du projet. N'ayant pas de mandat clair dans L'Extension, elle a trouvé son implication dans le projet difficile et stressant. Elle avait le désir d'aider les partenaires de l'Extension en prenant initiative d'accomplir des tâches qui ne lui étaient pas été assignées. Par exemple, lorsqu'elle accompagnait les enfants à Pédo-École, elle essayait d'aider les étudiants du DMD en leur donnant des suggestions pour les plans de traitement. Elle se sentait également responsable de s'assurer du respect de l'heure d'arrivée et de départ des enfants dans l'autobus. Elle racontait que les dentistes de Pédo-École ne faisaient pas assez pour respecter l'heure de départ de l'autobus et se sentait obligée de mettre elle-même de la pression sur les étudiants du DMD à terminer leurs traitements à l'heure. Ces interventions avaient été mal reçues par les dentistes de Pédo-École et cela a créé des tensions entre l'HD et les dentistes.

L'HD aurait aimé faire partie de l'équipe pour la mise en œuvre du programme buccodentaire, car elle avait des tâches en commun avec les dentistes en dentisterie préventive (faire des examens, des nettoyages, des scellants et des leçons d'hygiène buccodentaire). Elle avait également une grande expérience de terrain avec les enfants de Barclay. Elle voulait être utile en

facilitant le travail pour les dentistes et la direction de l'école en aidant avec les détails organisationnels. Elle comprenait la réalité des dentistes, mais également celle de l'école et se sentait bien placée pour offrir des solutions pour faciliter la vie à tout le monde.

Parce que là dans le fond je suis un peu comme l'intermédiaire, je connaissais, des fois y'en a des élèves que je connais personnellement parce que ils étaient dans mon programme ou que tsé avec veut veut pas quand on est là une fois, deux fois par semaine on est que on connaît tout ça. (Hygiéniste dentaire)

Regardez dans le contexte quand tu vas chez le dentiste oui il peut arriver des retards tout ça, mais tsé ne pénalisez pas tsé parce que à l'époque t'arrive en retard ben là les enfants ont manqué l'autobus et ça fait une logistique assez difficile. La directrice doit appeler les parents un à un et leur dire regardez votre enfant est en retard. Oh non tsé. Pis ça je crois tsé, pis ça c'est personnel, que [Dentiste] n'a pas de connaissance de terrain (Hygiéniste dentaire)

4. Professeurs de la faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

Au moment de l'entrevue en 2017 il y avait deux dentistes en charge du volet dentaire du programme L'Extension. Le dentiste B s'occupait de Pédo-Barclay, où les étudiants du DMD faisaient des dépistages et des nettoyages dans les locaux de l'école Barclay. Après la première année de clinique à Barclay, en 2017, le dentiste B a demandé l'appui du dentiste A, en charge du programme Pédo-École. Ce programme offrait des soins gratuits aux enfants des écoles défavorisées dans la clinique de dentisterie pédiatrique située à l'Université de Montréal. Le dentiste A a entrepris le deuxième volet clinique de L'Extension en intégrant l'école Barclay dans le programme de Pédo-École déjà existant de la FMD. Les tâches du dentiste A étaient de diriger la clinique Pédo-École, coordonner les horaires cliniques avec l'école, organiser des rencontres de suivi pour les intervenants de L'Extension, et superviser le travail clinique des étudiants. Les tâches du dentiste B étaient d'apporter et installer les équipements mobiles ainsi que les instruments stériles à Barclay. Il les démontait les unités mobiles en fin de journée et allait porter les instruments souillés à la stérilisation de l'université. Au cours des séances cliniques, il

supervisait le travail des étudiants du DMD et organisait les horaires cliniques avec la direction de l'école Barclay.

La vision des dentistes était d'offrir un service à la communauté tout en offrant aux étudiants du DMD l'expérience clinique de la dentisterie communautaire. Leur but éducatif était d'exposer les étudiants à la dentisterie pédiatrique avec des enfants plus jeunes que ce qu'ils sont habitués de recevoir dans le cadre des cliniques régulières de la FMD.

Dentiste A : Mais oui parce que c'est ce que je voulais que les étudiants voient (se réfère aux enfants de 1^{ère} année)

Chercheuse : Ouais. Elle m'a parlé de ça aussi. Elle m'a dit que vous vous insistiez d'avoir les 1^{ère} années pour avoir l'expérience pour les élèves.

Dentiste A : Oui parce que c'est ça la pédo.

Les dentistes ont vécu des difficultés dans la mise en œuvre du projet. Certaines difficultés s'appliquaient à tous les volets du projet. D'autres défis étaient spécifiques aux volets Pédo-Barclay ou Pédo-École.

Parmi les difficultés générales, les dentistes rapportaient qu'il y avait une barrière de langue avec les parents. Bien que les professeurs n'étaient pas en communication directe avec les parents, ils demandaient à leurs étudiants de les appeler pour leur expliquer les traitements qui avaient été faits. Les dentistes disent que leurs étudiants ont éprouvé de la difficulté à communiquer avec les parents par téléphone.

La langue plus avec les parents (veut dire plutôt qu'avec les enfants). C'est les étudiants qui me disent : j'essaie de leur expliquer, mais ils comprennent rien. (Dentiste A)

Une autre difficulté générale a été de maintenir une continuité dans l'organisation du projet pendant les changements de personnel administratif à l'école Barclay. En 2015 et 2016, les dentistes ont commencé le projet avec un directeur et son adjoint administratif avec lesquels ils ont mis en pratique un mode de fonctionnement qui convenait bien aux dentistes. Les dentistes aimaient travailler avec l'adjoint administratif puisqu'il était à l'écoute de leurs besoins et

effectuait les tâches que les dentistes lui demandaient de faire de façon efficace. Lorsqu'il a quitté, les dentistes disent qu'ils ont rencontré de la résistance de part de son remplaçant.

Tout le monde change et il faut s'adapter. C'est juste que la personne qui va s'en occuper il faut qu'elle soit aussi impliquée que nous autres. Et je crois qu'au début [le Directeur de Barclay]... en fait je vais te le dire j'ai parlé avec [le directeur de Barclay] parce que j'avais tellement bien collaboré avec son adjoint rendu en septembre quand on est arrivé à le 2e ben là on peut pas vous rencontrer avant 2 mois. Je suis comme euhh non. Maintenant, on commence maintenant fais que je suis allée au [Directeur de Barclay]. (Dentiste A)

En ce qui concerne le volet de la clinique Pédo-École, une des difficultés rencontrées était qu'il a été impossible pour les dentistes de recevoir les enfants très jeunes dans leur clinique. Les professeurs de dentisterie pédiatrique voulaient exposer les étudiants du DMD à une clientèle le plus jeune possible. Cependant, il y a eu deux obstacles à cela. Premièrement, les enfants de premières et deuxièmes années recevaient déjà des services avec l'hygiéniste dentaire. Ainsi, afin de mieux distribuer les services de soins buccodentaires, l'école Barclay avait décidé d'envoyer les écoliers de 3^{ième}, 4^{ième} et 5^{ième} années dans les cliniques de l'Université. Deuxièmement, l'administration de l'école Barclay s'est opposée à l'envoi des tout petits en autobus pour Pédo-École parce qu'ils exigeaient que les tout petits soient accompagnés par leurs parents.

Puis tu sais l'an dernier, nous comme on avait les fonds et tout ça, j'ai dit que voulait faire venir les enfants plus tôt [veut dire plus jeunes]. Eux ben ils ont posé certaines résistances pour l'école. (Dentiste A)

Dentiste A voulait avoir des petits enfants, même maternelle. Mais la direction trouvait que les enfants étaient peut-être trop petits (Hygiéniste dentaire)

Une autre difficulté de Pédo-École était la difficulté d'harmoniser les horaires cliniques de la clinique de dentisterie pédiatrique universitaire avec les horaires des écoliers. Les dentistes de l'Université ont réglé ce problème en déplaçant les rendez-vous des enfants de Barclay à 10 h 30 au lieu de 9 h afin de donner plus de temps pour rassembler les enfants. À cause de cela, ils étaient obligés de trouver des patients pour les rendez-vous de 9 h.

L'affaire c'est que Pédo-Barclay sont tout le temps en retard. Nous on commençait à 9 h le matin, mais eux je pense l'école commençait à 8 h 45. C'est elle qui accompagne qui était responsable du projet, qui travaillait avec le premier adjoint. Ces deux-là c'était parfait. Ils réunissaient les enfants, ils étaient là à l'heure. Puis l'année de madame, la 2e. Ça jamais fonctionné pour des raisons x. Il y a eu la bisbille là-bas aussi au niveau des services de garde, qui s'occupait de quoi puis ils ont voulu qu'on paye du monde du service de garde pour rentrer puis ça fait de la bisbille. (Dentiste A)

Dans le contexte de Pédo- Barclay, les difficultés ont été principalement de l'ordre technique, car l'organisation autour de ces séances cliniques était beaucoup plus simple. Le dentiste B venait à l'école Barclay avec 4 étudiants. Ces derniers installaient les équipements mobiles dans le local de L'Extension et allaient chercher les enfants un par un dans les classes, selon une liste fournie par le directeur A la journée même.

C'est ça qui fait en sorte qu'il y a différents problèmes au point de vue des autobus et des horaires puis tout ça. Moi étant sur place (voulant dire dans la clinique mobile à Barclay) ben c'est plus facile dans le sens que je cherche les enfants, je peux me timer avec... ok parfait juste à voir. Je vais chercher le 2e élève ou juste après. Je veux dire on est capable de jauger différemment, alors qu'en autobus c'est sûr c'est plus compliqué un peu. (Dentiste B)

Le premier défi concernait l'unité de dentisterie mobile. L'unité mobile Safari dentaire était une boîte métallique qui pèse environ 32 kg. Elle contenait des contrôles de pièces à main tour-lent et turbine ainsi qu'une seringue air/eau et des suctions rapide et lente. Lorsque branchée dans une prise de courant, elle pouvait servir à effectuer presque tous les types de traitements buccodentaires. Dans le contexte de Pédo-Barclay, deux unités étaient transportées à chaque séance dans une voiture et dentiste B les montait et les démontait. L'autre inconvénient de cet appareil est qu'il produisait beaucoup de bruit dans le local de L'Extension, ce qui occasionnait un inconfort clinique considérable.

L'autre chose aussi c'est que moi l'installation que je fais, installer les chaises, toute réparer les conduits d'eau tout ça, ça me prends une bonne heure pour me préparer le matin puis tout défaire le soir. Ça c'est juste pour faire des nettoyages puis faire des scellants, c'est pas pour faire des traitements plus extensifs. Si on est pour faire des traitements plus extensifs, ben c'est sûr oui ça prendrait une assistante sur place, faudrait avoir une stérilisation aussi sur place. Donc c'est beaucoup plus de chose donc c'est pour ça que à même école, on limitait à faire des choses plus faciles. Ben c'est ça, si on pouvait avoir la clinique dont je te parle c'est sûr que là ça limiterait les problèmes aussi d'avoir à les traîner avec l'autobus et tout. (Dentiste B)

On a le droit à un beau grand local, mais ça résonne énormément. Ce qui fait que honnêtement on vire fou. (Dentiste B)

L'autre difficulté rapportée par les dentistes est l'impossibilité de prendre des radiographies sur place. L'école Barclay ne permettait pas l'installation d'appareils permanents sur place dans le local de l'Extension. Les dentistes rapportent également qu'ils auraient pu utiliser un appareil de rayons-x portatif, mais que cet équipement n'est pas permis par l'Ordre des dentistes du Québec. Cela les empêchait d'effectuer un examen clinique complet, et ils jugeaient qu'ils ne pouvaient pas faire des traitements autres que préventifs tels que des restaurations dentaires et extractions.

De la même façon, l'absence de stérilisateur sur place a entraîné des difficultés techniques quant au type de traitements que les dentistes se sont sentis à l'aise d'effectuer. Pour faire un traitement dentaire tel qu'une restauration, les dentistes auraient besoin de plusieurs instruments stériles ainsi que des matériaux. Ces instruments occupent de la place et il devient difficile à faire venir tout le nécessaire à chaque séance clinique. Le dentiste B apportait assez d'instruments stériles ensachés pour la journée et les rapportait à l'Université pour être stérilisés. Le manque de radiographies et de stérilisateur ont fait en sorte que le dentiste B n'était pas à l'aise d'offrir grand spectre de traitements aux enfants de Barclay.

Enfin, les dentistes souhaitent que le projet se poursuive en offrant à la fois un service à la communauté et un environnement clinique confortable et familier pour les dentistes et étudiants. Un des projet qui était en discussion lorsque les entrevues se sont déroulées était d'ouvrir une clinique à l'extérieur de la Faculté de médecine dentaire. Ce serait une clinique communautaire située dans le quartier Parc Extension, équipée comme un bureau privé, qui pourrait recevoir autant les enfants de l'école Barclay que leurs familles.

Ouais juste savoir si on s'aligne bien puis est-ce que ça vaut la peine de continuer ou on devrait faire ça différemment pour rendre plus efficace plus apprécié de la clientèle qu'on essaie de viser. (Dentiste B)

5. Étudiants du DMD

Deux étudiants finissants de la FMD ont été interviewés. Ils ont été choisis, car les deux ont participé aux ateliers d'hygiène buccodentaire au cours des étés 2015 et 2016 ainsi qu'à la clinique Pédo-Barclay et Pédo-École au cours de l'année scolaire 2016-2017. Le rôle des étudiants dans L'Extension était de s'occuper des horaires des étudiants qui allaient à Pédo-Barclay, faire les affiches et les jeux pour les ateliers d'hygiène, animer les ateliers d'hygiène avec les enfants, effectuer des examens et nettoyages à Pédo-Barclay sous la supervision d'un dentiste de la FMD, effectuer les traitements buccodentaires à la clinique Pédo-École (examens, nettoyages, plombages, extractions et autres), et appeler les parents et les informer des traitements qui ont été faits à la clinique Pédo-École.

La clinique Pédo-Barclay était une clinique qui se tenait une fois par mois et les étudiants pouvaient y participer de façon volontaire en s'y inscrivant. Même si c'était sur une base volontaire, la participation à cette clinique était comptabilisée dans leur quotas cliniques nécessaires pour réussir le cours de dentisterie pédiatrique. À Pédo-Barclay, un dentiste clinicien supervisait deux équipes de deux étudiants. La clinique Pédo-École, par contre, se tenait dans la clinique de dentisterie pédiatrique de l'Université de Montréal et faisait partie des activités obligatoires pour les étudiants. Dans cette clinique, un dentiste clinicien supervisait environ cinq équipes de deux étudiants. Les deux cliniques Pédo-Barclay et Pédo-École permettaient d'exposer les étudiants aux enfants du quartier défavorisé offraient une expérience clinique différente que les enfants qui viennent à la clinique de dentisterie pédiatrique habituellement.

Les étudiants interviewés avaient beaucoup apprécié la clinique Pédo-Barclay, car il y avait un dentiste clinicien pour deux équipes de deux étudiants ce qui permettait d'avoir plus de temps avec chaque étudiant. Ceci était très apprécié autant de la part des étudiants que de la part du dentiste clinicien. Les étudiants rapportent qu'ils apprenaient mieux lorsqu'ils avaient le temps de faire les procédures eux-mêmes sans que le clinicien doive intervenir et ils avaient plus de temps pour poser des questions et apprendre davantage de leurs clinicien.

Les étudiants avaient aussi vécu des difficultés au cours de leurs stage à l'Extension. Il y avait un étudiant responsable de distribuer les séances cliniques parmi les étudiants bénévoles et de s'assurer qu'il y ait toujours suffisamment d'étudiants lors des séances cliniques. Cet étudiant rapporte qu'il a trouvé cela stressant de trouver des remplaçants lorsque des étudiants annulaient à la dernière minute.

Une autre difficulté était que certains étudiants ne maîtrisaient pas bien l'anglais, la langue de préférence de beaucoup de parents. C'est pourquoi ils ont eu de la difficulté à expliquer les traitements par téléphone. Un étudiant raconte qu'un parent lui avait demandé de lui envoyer les informations par courriel parce qu'il ne comprenait pas bien par téléphone.

Enfin, un des étudiants nous a fait part qu'il ne se sentait pas bien préparé pour traiter des enfants du quartier défavorisé. Il a dit qu'il pensait avoir besoin de développer de nouvelles compétences pour travailler avec ces enfants, car c'était un niveau de dentisterie plus difficile qu'à la FMD. Par contre, il a rajouté que l'environnement était plus propice à l'apprentissage à Pédo-Barclay qu'à Pédo-École grâce à la meilleure disponibilité des professeurs.

J'avais peur qu'on ait à rusher comme Pédo-École à l'université. Mais je trouvais que l'environnement était mieux pour faire les soins pour les enfants. (en se référant à la clinique mobile à Barclay) (Étudiant B)

Un moment donné il y en avait un qui est arrivé, c'était à Pédo-École. Je ne sais pas si c'était de Barclay exactement, mais comme elle comprenait juste en anglais, mais comme quand tu penses que dans son pays elle parlait 100 % chinois mettons. C'est quand même étonnant de voir tout ce qu'elle pouvait quand même comprendre de tout ce que je disais, mais en partie comme ça faisait pas 1 an qu'elle est arrivée. Il y a beaucoup de situation comme ça à Pédo-École. C'est pas généralisé, mais c'est quand même commun je dirais. (Étudiant A)

Les étudiants ont trouvé que le contexte clinique à Pédo-École n'était pas favorable à l'apprentissage. Dans les autres cliniques de la FMD, les étudiants avaient trois heures pour faire un traitement avec un patient adulte. Parallèlement, dans la clinique pédiatrique, les rendez-vous étaient d'une durée de 1 h 30. Les étudiants disaient que c'était stressant car le temps alloué était trop court pour effectuer des traitements qu'ils n'étaient pas habitués de faire. Ainsi, il arrivait souvent qu'ils n'arrivaient pas à compléter le traitement à temps et le dentiste clinicien terminait le traitement lui-même. Les étudiants n'appréciaient pas cela, car ils auraient mieux appris en

faisant eux-mêmes la procédure. L'autre difficulté était que les dentistes cliniciens étaient trop occupés à Pédo-École pour pouvoir faire de l'enseignement. En effet, il y avait un seul dentiste clinicien pour quatre ou cinq équipes de deux étudiants.

Pédo-École... 2 enfants en 3 heures. C'est un peu moins le fun du point de vue des étudiants parce que des fois ça va tellement vite et on n'apprend pas grand-chose puis c'est le clinicien qui s'en vient puis c'est lui qui fait la couronne en acier inoxydable tu ne fais pas grande chose. (Étudiant B)

Ben c'est juste que le clinicien lui-même je pense est un peu stressé quand l'autobus de Pédo-École doit partir dans 15 min puis que là t'as comme... essayer de tout finir (Étudiant A)

Un élément commun à Pédo-École et Pédo-Barclay que les étudiants ont rapporté a été le manque de cohésion dans le suivi des enfants. C'est-à-dire qu'il a été difficile de suivre quels traitements ont été faits à quelle clinique parce que l'enfant recevait des services de la part de l'HD, de Pédo-Barclay et de Pédo-École.

Enfin, les étudiants auraient aimé que Pédo-Barclay continue, car ils avaient aimé cet environnement d'apprentissage. Ils auraient aimé aussi avoir plus de cohésion entre les différents volets du programme surtout entre l'HD et les dentistes afin qu'il soit plus facile de faire le suivi des traitements des enfants.

6. Les parents des enfants de Barclay

La majorité des parents n'avaient pas de rôle actif dans le projet L'Extension. Certains avaient participé de façon bénévole dans l'accompagnement des enfants dans l'autobus la première année du volet Pédo-École. Par contre, l'école a décidé que les parents ne pouvaient plus faire de la surveillance dans les autobus après la première année. Étant donné que les parents n'étaient pas couverts par les assurances responsabilité de l'école, les enfants devaient être supervisés par des employés de l'école.

Il y a très peu d'implication du parent parce que physiquement ils n'ont pas du tout à se déplacer, l'enfant est sorti de classe, on prend ici, on l'amène chez le dentiste, ils reviennent, les traitements sont faits, il n'y a pas de coût, pas de déplacement, il n'y a aucune implication. (Directeur B)

Lorsque les parents ont été appelés à parler du volet dentaire de L'Extension, trois parents parlaient des différentes expériences dentaires comme faisant partie d'un tout. C'est-à-dire qu'ils mélangeaient les soins dentaires reçus dans un bureau privé avec L'Extension et les soins préventifs prodigués par l'hygiéniste dentaire. C'était donc difficile de distinguer s'ils parlaient de L'Extension spécifiquement ou d'un rendez-vous chez le dentiste dans un bureau privé. Le parent A était beaucoup plus au courant des rendez-vous qui se faisaient avec L'Extension et elle suivait de près pour ne pas manquer de faire les examens de rappel à chaque 6 mois pour ces enfants.

Yeah every year (se réfère aux suivis dentaires des enfants). But this year I didn't go because they did already from the school. So that's why I didn't take the appointment ... but now I have to take appointment after 'cause now their School are closed. So I have to do it now. (Parent A)

Étant donné qu'ils ne participaient pas aux rendez-vous de L'Extension, les parents ne savaient pas toujours ce qui se faisait exactement au cours de ces rendez-vous. Tous les parents interviewés rapportaient amener leurs enfants chez le dentiste régulièrement. L'Extension n'était donc pas perçue comme un service essentiel.

We have one dentist here and like umm... We are checking rotationally ... like every 6 months or a year.... So that's how the dentist take care of the teeth. [...] Yeah like 6 months 1 year ... and like if they having problem like pain or something then bring them to the same doctor. (Parent C)

Bien qu'ils rapportaient être assidus dans le suivi buccodentaire de leurs enfants, les parents n'allaient pas eux-mêmes chez le dentiste régulièrement au Canada. Le parent B racontait qu'elle et son mari n'allaient jamais chez le dentiste, mais ont été obligés de consulter, car ils avaient eu mal aux dents l'année précédente. Ainsi, les parents semblaient suivre les recommandations du dentiste pour les enfants, mais ne l'appliquent pas pour eux-mêmes.

CP : So how about for yourselves? do you go to the dentist every 6 months or once a year or...

Parent C et D : not regularly.

Parent C : two years ago I went to my country so we have a dentist friend who checked me.

En ce qui concerne les services buccodentaires de L'Extension, les parents étaient généralement contents que l'école offre des services gratuits, mais ils ne voyaient pas ces services comme étant essentiels pour eux. Tous les parents interviewés amenaient leurs enfants chez le dentiste à tous les six mois.

I think it is better (veut dire qu'elle préfère L'Extension par rapport au bureau privé)
like my daughter when she go with me she more afraid of It but once she go alone I
don't know maybe, she have more confidence because she knew there is no one to
hug. She felt more strong I think. That is why sometimes I have to leave her alone.
(Parent A)

Certains parents ont vécu quelques difficultés suite aux rendez-vous de leurs enfants. Par exemple, une mère dit que tous les rendez-vous médicaux sont difficiles pour elle à cause de la barrière de la langue. Malgré qu'elle habite à Montréal depuis 11 ans, elle n'avait jamais maîtrisé le français ou l'anglais. Elle avait pris des cours à son arrivée au Canada, mais a été obligée d'arrêter lorsqu'elle a commencé à avoir des enfants.

Parce que je ne pas comprendre le parler avec le docteur et il l'a demandé pour mon mari. (Parent B)

Un autre parent a rapporté qu'il aimerait être davantage impliqué dans les rendez-vous, car il aimerait que le dentiste lui explique les observations cliniques et le plan de traitement avant d'en parler à l'enfant. Ce parent était fâché que les étudiants de l'université disent à son fils qu'il avait besoin de broches. Il dit qu'il s'est senti obligé de faire le traitement très coûteux parce que suite à l'explication de l'étudiant du DMD, son fils s'attendait à avoir des broches. C'était un problème pour lui parce qu'il n'avait pas les moyens de payer pour le traitement et l'enfant aurait été déçu s'il devait le lui refuser.

My eldest son, somebody told him from the hospital (se réfère à la FMD) that 'you need braces'. You know and I know he's just a kid. He don't understand. But just to put the brace is like 5, 6 maybe 10 thousand dollars. And I don't have that money.

In fact these kinds of things they should talk to the parents you know, not to the kids. They don't understand you know. They think it's like the same as buying an ice cream you know. (Parent C)

En résumé, les parents semblaient déjà s'occuper des dents de leurs enfants. Bien qu'ils appréciaient des services gratuits, ils n'appréciaient pas que les dentistes proposaient des plans de traitements coûteux aux enfants sans consulter les parents. Dans le futur, les parents disaient pouvoir donner de leur temps pour s'impliquer dans le projet L'Extension pour aider l'école à maintenir ce projet sur pieds. Plusieurs mentionnent que s'il y avait des possibilités de faire du bénévolat ils seraient intéressés.

So it is better I think in this kind of program to involve the parents that way it is less work for the school admin, everyone can take little part of the responsibility and that way it can work. That's my opinion. (Parent C)

Bilan de L'Extension : réussites et défis

1. Réussites et succès dans la mise en œuvre du projet

Selon les résultats de notre étude, ce PUC a permis d'offrir des soins buccodentaires de qualité à un grand nombre d'enfants de l'école Barclay. Ce service était grandement apprécié par la direction de l'école qui était motivée de maintenir le partenariat malgré que cela représentait une charge de travail supplémentaire significative. Pour l'Université, Barclay représentait une bonne source de patients pour la clinique de Pédo-École et une opportunité de stage externe avec Pédo-Barclay. C'était également une clientèle favorable à l'enseignement de la dentisterie pédiatrique communautaire. Du point de vue des étudiants du DMD, Pédo-Barclay était une expérience clinique enrichissante où l'environnement d'apprentissage était favorable. En plus des

bienfaits pratiques, L'Extension était un projet qui a obtenu une bonne couverture médiatique et qui faisait rayonner l'Université de Montréal et l'école Barclay. En plus d'être une source de fierté, l'image positive qu'un tel PUC projette peut aider à attirer davantage de fonds. En 2015, l'Université de Montréal a obtenu une bourse substantielle afin de développer le volet buccodentaire de L'Extension. D'une part, les fonds ont servi à acheter du matériel pour la clinique Pédo-Barclay et d'une autre part ils ont été utilisés pour effectuer des traitements à la FMD.

Au niveau budgétaire, ça bien été. C'est sûr que ça aide beaucoup. On a eu les fonds pour faire les achats de matériel, de chaise et tout ça. (Dentiste B)

Le volet Pédo-Barclay a été très bien reçu par les étudiants du DMD et la direction de Barclay. La charge administrative était réduite et l'impact sur l'horaire des élèves était minimal puisqu'ils manquaient moins d'heures de cours. Les étudiants du DMD ont trouvé l'expérience à l'extérieur de l'école enrichissante. Par contre, les cliniciens n'étaient pas confortables à Pédo-Barclay notamment à cause du manque de certains équipements qui leur empêchait de faire le même type de travail avec autant de facilité qu'à l'Université.

La clinique Pédo-École leur a donc permis d'effectuer les soins autrement impossibles à faire à Barclay, mais l'organisation s'est avérée contraignante pour l'école. Les dentistes ont eu de la difficulté à s'accommoder aux horaires de Barclay et Barclay a subi une charge administrative trop lourde pour que ce soit durable. L'impact sur les horaires de cours des enfants était également trop important à cause du nombre de sorties de classe.

2. Les défis lors de la mise en œuvre du projet

2.1 Divergence de vision entraînant des difficultés de communication

Les partenaires de L'Extension étaient tous d'accord qu'il était important d'améliorer la santé buccodentaire de la communauté. Cependant, il y avait une divergence dans l'approche préférée.

De façon générale, la direction de Barclay mettait l'accent sur la prévention en mettant en place divers programmes de santé pour les enfants et leurs familles. Par exemple des cours de yoga et de méditation pour aider à mieux se concentrer en classe, la distribution de collations encadrées par des nutritionnistes, des groupes d'entraide pour les nouvelles familles immigrantes et plusieurs autres projets. À travers leur choix de programmes, la direction de Barclay a fait preuve d'une approche globale de la santé. Un autre exemple de leur approche holistique est la façon dont ils ont abordé leur problème d'élèves avec un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ils avaient plusieurs élèves dont le comportement en classe était difficile à gérer par les professeurs. Au lieu de pousser les parents à médicamenter leurs enfants, ils ont choisi de les sortir temporairement de pour leur faire suivre des séances de thérapie comportementale. En contraste, la faculté de médecine dentaire valorisait les procédures chirurgicales pour traiter la carie. C'est pourquoi le volet éducatif a été mis de côté après la première année de l'Extension et qu'il était important pour eux d'ajouter le volet Pédo-École qui leur permettait de réparer plus de dents que Pédo-Barclay.

Chaque partenaire avait des visions différentes de comment améliorer la santé buccodentaire des enfants de Barclay, mais il ne semble pas avoir eu de discussion avec tous les acteurs clés avant de commencer le projet ce qui a causé des difficultés de communication. Par exemple, il y a eu des rencontres annuelles organisées par le dentiste A pour discuter du plan de l'année scolaire à suivre concernant la clinique de Pédo-École où la direction de Barclay et l'hygiéniste dentaire ont été invités. Ces rencontres ont été utiles pour résoudre certains problèmes d'organisation, mais pas pour parler du rôle spécifique de L'Extension dans le contexte communautaire et des grands buts qu'ils souhaitent accomplir en offrant ce service à la population. Ainsi, lorsque les directeurs de Barclay ont fait part de leurs difficultés au cours des réunions entre les partenaires, ils étaient déçus de ne pas pouvoir contribuer à façonner la vision globale du projet. Parallèlement, les partenaires universitaires voyaient Barclay comme facilitateur du projet plutôt que comme partenaire. Les participants universitaires interviewés ne s'intéressaient pas à connaître la vision globale du projet selon les directeurs de Barclay. Ils parlaient plutôt de l'importance d'avoir une bonne collaboration de la part de l'école pour la réussite du projet.

La réunion s'était bien passée. On n'a plus compris nous l'école c'était quoi leur barrière. Leur barrière à eux c'est que les enfants sortent souvent de la classe. Les professeurs étaient obligés de répéter le cours, parce qu'y en avait la moitié qui n'étaient pas là tout et tout. Fais qu'on a décidé que les enfants de Barclay qui avait plus que 2 rendez-vous de soins opératoires seraient vues par le résident pour accélérer les choses. (Dentiste A)

2.2 Divergence de visions entraîne des difficultés d'ordre organisationnel

La direction de Barclay avait comme vision d'améliorer la santé globale de la communauté. Les dentistes voulaient optimiser l'éducation clinique des étudiants et les services dentaires prodigués. L'Université et la direction de Barclay n'ont pas tout de suite harmonisé le programme L'Extension avec celui du CIUSSS. Le CIUSSS et par effet même l'hygiéniste dentaire, n'ont pas été appelés à s'impliquer ni dans la conception ni dans la mise en œuvre du projet malgré leur présence active sur le terrain. De plus, bien que l'école aurait aimé que les parents soient plus impliqués dans le projet, les parents n'ont pas été invités à partager leur perspective. Ainsi, on ignore si les parents auraient pu avoir un rôle plus actif dans le projet.

Entre 2015 et le moment des entrevues en 2017-2018 les partenaires ont fait évoluer le projet en réagissant aux difficultés au fur et à mesure qu'elles se présentaient. Plusieurs difficultés ont été résolues, mais il n'y avait pas eu de mesures d'évaluation mis en place pour évaluer l'impact du programme sur la communauté de Barclay et sur les étudiants du DMD. Beaucoup d'énergie a été déployée dans le projet par chaque partenaire pour continuer à le faire fonctionner sans qu'on sache si le projet a rendu service à la communauté de Parc Extension et si ce programme a suscité chez les étudiants du DMD le désir de contribuer à la dentisterie communautaire. D'ailleurs, plusieurs participants disent qu'ils aimeraient qu'il ait des projets de recherche pour montrer si leurs efforts dans le programme portent fruit.

2.3 Difficultés à coordonner les activités de recherche

Le rôle des dentistes de l'Université de Montréal était d'enseigner la dentisterie pédiatrique et d'offrir un service à la communauté. Malgré leur désir potentiel de mener des projets de

recherche, cela ne rentre pas dans leur mandat. Il n'y a pas eu de chercheurs universitaires qui se sont penchés sur L'Extension avant la mise en œuvre du projet. Ainsi, il n'y a pas eu d'études faites au préalable pour connaître les besoins de la population ni d'étude évaluant les besoins de l'école Barclay ainsi que des familles du quartier. Les professeurs prévoyaient par contre mettre en place une étude pour évaluer des interventions qu'ils étaient en train de développer.

Le projet Barclay....ces enfants-là ils ont besoin des soins, mais j'ai pas fait d'étude. Fais que on m'a dit que oui parfait c'est une population qui est défavorisée donc on va les examiner et puis on va le faire. Tout ce que je savais c'est qu'on était en retard par rapport à optométrie. (Dentiste A)

Ce que j'aimerais faire... que j'ai comme pas le temps, si on continue même système l'an prochain, c'est de voir l'efficacité de cette séance-là d'éducation sur la rétention d'informations de ces enfants-là. (Dentiste A)

Les directeurs de l'école Barclay s'intéressaient à l'impact de L'Extension sur la santé buccodentaire des familles ainsi qu'à l'impact à long terme sur les jeunes qui recevaient les soins de L'Extension.

Moi ce que j'aimerais savoir c'est comme une recherche qui dit nos élèves qui ont été suivi par L'Extension, une fois rendu au secondaire 4 est-ce qu'ils ont eu d'autres traitements dentaires de 6e année à secondaire 4. [...] C'est là notre questionnement à savoir est-ce que vraiment ça des répercussions au bout du compte sur la santé dentaire de l'enfant jusqu'à l'âge adulte et ainsi de suite. (Directeur B)

Du côté du CIUSSS, l'hygiéniste dentaire raconte que le CIUSSS a collaboré avec l'INSPQ dans une étude pour évaluer si l'application de fluorure se fait au bon moment. Il y a donc déjà certains projets de santé dentaire publique qui existent pour évaluer des approches de prévention dans ce milieu.

On est justement à l'étude avec l'INSPQ pour que notre projet soit viable, pour qu'on soit étendu à l'échelle. Là c'est tout nouveau on a été étudié cet automne. On doit avoir les résultats. Parce que c'est ça il y a un manque. Les enfants d'année en année on s'est rendu compte que tsé on applique le fluor, mais peut-être qu'on l'applique trop tard. (Hygiéniste dentaire)

En résumé, les partenaires clés de L'Extension reconnaissaient que la recherche pourrait aider à façonner des interventions plus efficaces. Il y avait un intérêt à étudier l'impact du projet sur la communauté, mais cela ne rentre pas dans leur mandat.

Chapitre 6 — Discussion

Les PUC dans le domaine de la santé sont bien décrits dans la littérature : il existe par exemple des PUC bien documentés en médecine (Dong et al., 2011; Jones et al., 2009; Mackenzie et al., 2011; Smego & Costante, 1996). Dans le domaine dentaire, il existe des partenariats de service qui se forment entre les universités et des communautés vulnérables, mais ils sont moins bien documentés que dans d'autres domaines de la santé où les études visent à améliorer et faciliter les partenariats. Ainsi, malgré qu'il existe des PUC dentaires depuis longtemps, nous ignorons l'impact de ces collaborations sur l'éducation des étudiants du DMD et sur la santé buccodentaire des communautés ciblées. L'Extension est un jeune partenariat, c'est pourquoi il est particulièrement intéressant d'étudier l'expérience des partenaires et les défis qu'ils vivaient dans les débuts d'un tel PUC. Notre étude exploratoire est un premier pas dans la compréhension de la dynamique complexe qui existe entre les partenaires dans le but d'émettre des recommandations pouvant améliorer leur expérience.

Comme les chercheurs de l'université de l'Illinois, qui ont décrit les difficultés des PUC (Knight, 2011; Mascarenhas, 2011), nous avons exploré l'expérience des partenaires d'un PUC ainsi que leurs défis dans la mise en œuvre du projet collaboratif. Nos résultats montrent que malgré les bienfaits apportés par l'Extension autant pour l'université que pour la communauté, la mise en œuvre était semée de défis pour chaque partenaire.

Forces du PUC L'Extension

La force principale de l'Extension est l'implication et la motivation des partenaires. Chaque partenaire a montré un intérêt à améliorer la santé buccodentaire des enfants de Barclay et a montré une volonté de participer dans le projet malgré les difficultés rencontrées. Même les parents d'enfants de Barclay ont dit qu'ils aimeraient s'impliquer davantage dans le déroulement du projet et ont offert de donner de leur temps pour aider dans le projet.

Souvent les projets communautaires souffrent d'une difficulté de trouver du financement. Cela n'a pas été le cas pour L'Extension. L'université a été capable d'obtenir des fonds pour assurer une continuité des services à la communauté. Il semble y avoir un climat favorable pour l'obtention de fonds pour les projets communautaires universitaires (Bursnall, 2007).

Une autre force de L'Extension est que l'Université avait l'intention de poursuivre le projet à long terme. Parmi les difficultés notées dans la littérature, il y a la présence éphémère des universités dans les communautés, surtout dans le cas de communautés éloignées. Selon Neshandama, les communautés reprochent aux universités de mettre en place des projets et d'abandonner le lien avec la communauté lorsque le projet est complété (Netshandama, 2010). Dans le cas de L'Extension, le service est intégré dans le curriculum clinique des étudiants en médecine dentaire et l'université semble vouloir établir un lien durable avec Barclay.

Enfin, le volet Pédo-Barclay était grandement apprécié par les étudiants du DMD qui ont rapporté que c'était un environnement favorable à l'apprentissage de la dentisterie pédiatrique grâce à l'approche d'enseignement plus personnalisée du professeur.

Difficultés vécues par les partenaires de l'Extension

1. Difficulté de partage de pouvoir entre les partenaires universitaires et communautaires

Une des difficultés des PUC rapportées dans la littérature est d'arriver à des relations de pouvoir équitables entre les partenaires (Chak, 2018a). Plusieurs auteurs remarquent que les partenaires du milieu académique ont tendance à adopter une position paternaliste, en sous-estimant l'expertise des gens de la communauté (Provan et al., 2005). Dans le cas de l'Extension, l'approche paternaliste paraissait autant dans les relations avec les partenaires que dans la façon de gérer les patients.

Les partenaires de l'Extension rapportaient que les intervenants de la FMD dictaient la marche à suivre aux autres partenaires. Les réunions qu'ils organisaient ne permettaient pas de discussion ouverte permettant un partage de responsabilités entre les partenaires, mais étaient plutôt des séances d'information relatives aux décisions déjà prises par la FMD. Cela corrobore donc

l'observation de Chak qui montre que le partage de pouvoir dans les PUC entraîne des difficultés puisque les universitaires ne sont pas habitués de partager le pouvoir (Chak, 2018a). Staley souligne que même si les universitaires reconnaissent le besoin de collaborer en relations de pouvoir équitables, ils ont de la difficulté à lâcher prise (Staley, 2009). Ce qui fait que les chercheurs travaillent « dans » la communauté plutôt qu'« avec » la communauté (Garcia-Rivera et al., 2017).

Par ailleurs, suivant l'approche paternaliste, les parents étaient exclus du processus d'élaboration du plan de traitement parce qu'ils n'étaient pas physiquement présents lors des rendez-vous. Bien qu'ils étaient appelés à signer un consentement général aux traitements avant la première visite, ils ne savent pas exactement ce qui sera fait pour leur enfant. Les parents étaient informés des détails des traitements effectués seulement après qu'ils soient complétés. Ce qui pourrait poser des problèmes d'ordre éthique en ce qui concerne le consentement libre et éclairé.

2. Conséquences du manque de partage de pouvoir

Tout au long de la mise en œuvre du PUC, les intervenants de la FMD n'avaient consulté ni l'hygiéniste dentaire, ni la direction de Barclay pour prendre des décisions importantes quant à la direction du projet. Ainsi, ils ne s'étaient pas informés auprès de la DSP pour connaître les services offerts par l'hygiéniste dentaire au sein de Barclay. De fait, l'hygiéniste dentaire a été brusquée parce que la FMD empiétait sur son mandat en offrant des services préventifs déjà dispensés par la DSP. Plus tard, l'université a décidé d'orienter le projet davantage vers le volet Pêdo-École sans impliquer la direction de Barclay dans cette décision.

Les besoins des enfants de Barclay et des personnes vivant dans le quartier Parc Extension n'avaient pas été évalués avant de commencer le projet. On ignore toujours quels étaient les besoins des enfants de Barclay et comment le programme l'Extension pourrait y répondre. Il existe plusieurs cliniques dentaires dans le quartier. Les quatre parents interviewés ont rapporté qu'ils amenaient leurs enfants chez leur dentiste régulier à chaque six mois. La plupart des traitements buccodentaires sont couverts par le gouvernement pour les enfants de moins de 10 ans, et les parents que nous avons interviewés utilisent les services disponibles dans leur quartier.

3. Évolution du projet sans égards aux besoins et préoccupations des partenaires communautaires

Pour les intervenants de la FMD, le volet Pédo-Barclay entraînait des difficultés organisationnelles importantes et limitait le nombre de traitements qu'ils pouvaient effectuer pour les enfants. En contraste, Pédo-École leur permettait de faire plus de traitements tout en comblant des plages horaires pour les étudiants du DMD avec des enfants plus jeunes que dans la clinique pédiatrique. Il est possible que Pédo-École étant plus intéressante pour la FMD, elle a choisi de la favoriser davantage que Pédo-Barclay même si la direction de l'école leur a fait part des difficultés administratives pour réaliser Pédo-École. C'est ainsi qu'en offrant une bonne source de patients pédiatriques, Barclay est venue à être au service de la Faculté.

L'évolution du projet sans égards aux besoins et préoccupations des partenaires communautaires peut être expliqué par trois difficultés relevées dans la littérature sur les PUC.

La première est le défi des universités d'équilibrer la mission éducative avec les besoins de la population qui reçoit ces soins (Pellegrino, 1999). Le rôle principal des facultés universitaires est de produire des connaissances et de les disséminer à travers des activités d'enseignement et de recherche. Le rôle principal des cliniciens dans les hôpitaux est de soigner les patients et ainsi de placer le bien-être des patients avant toute autre considération (Edsall, 1975). Wright et collaborateurs souligne qu'il est important pour les PUC dans le domaine des soins de la santé de développer des mécanismes afin de minimiser les conflits qui touchent à la liberté académique, le soin des patients ainsi que la rémunération (Wright & Wedge, 2004).

La deuxième difficulté est d'arriver à des relations de pouvoir équitables entre les partenaires (Provan et al., 2005). Selon Sherill B. Gelmon dans sa présentation à la conférence *Community-University Partnerships : What Do We Know?* Explique qu'un bon PUC est une relation équitable entre les partenaires universitaires et communautaires (Holland, Gelmon, Green, Greene-Moton, & Stanton, 2003). Les attentes, les objectifs ainsi que les principes guidant les interventions devraient être déterminés ensemble et mutuellement bénéfiques (Holland et al., 2003). Le

partage de pouvoirs est important dans des relations harmonieuses en PUC (Lindamer et al., 2009). Plusieurs approches dans le partage de pouvoir en PUC de recherche ont été décrites (Lindamer et al., 2009), mais celle qui est la plus intéressante dans le domaine de la santé publique est la recherche action participative *community-driven* dans laquelle la communauté a un pouvoir égal dans la prise de décisions et possède le droit de veto (Israel, Schulz, Parker, & Becker, 1998; Lindamer et al., 2009)

Enfin, la troisième difficulté est qu'une fois les objectifs déterminés ensemble avec les partenaires au début du projet, il est difficile de s'assurer que les interventions continuent à répondre aux objectifs établis et que les partenaires soient toujours d'accord avec ces objectifs. Ainsi, autre défi au sein des PUC est la difficulté de s'assurer que l'intervention effectuée continue à être fidèle aux objectifs que les partenaires souhaitent atteindre (Proctor et al., 2011; Youn et al., 2019). Dans le cas d'un projet de longue envergure, il serait possible de mettre en place un système d'évaluation systématique qui pourrait évaluer si les interventions continuent à être fidèles à la mission du projet.

4. Occasion manquée pour enseigner la dentisterie communautaire

Une des forces des PUC de service dans le domaine de la santé est que les milieux de stage communautaires sont des lieux propices à l'éducation médicale (Boutin-Foster et al., 2008). Il a été rapporté que dans les milieux communautaires des PUC, la qualité d'apprentissage et de l'enseignement sont supérieurs que dans le contexte universitaire (Bursnall, 2007).

C'est ce que nous avons observé au sein de l'Extension. Les étudiants du DMD trouvaient que l'environnement d'apprentissage de Pédo-Barclay était plus favorable que celui de Pédo-École qui se tenait dans les cliniques pédiatriques régulières, notamment grâce à la meilleure disponibilité des dentistes cliniciens. Par contre, l'enseignement des étudiants se limita à l'aspect technique de la dentisterie. Si l'attention était moins portée sur les habiletés techniques, ce milieu de stage externe aurait été une occasion intéressante pour étudier l'aspect social de la médecine dentaire en se penchant sur l'étude des besoins des communautés. En explorant ces besoins et

en cherchant des solutions en collaboration avec les membres de la communauté, les intérêts de la FMD auraient peut-être été mieux alignés avec ceux de la communauté.

Synthèse

Nous pensons qu'il y a plusieurs raisons qui pourraient expliquer les difficultés vécues par les partenaires du projet l'Extension.

Malgré le virage important des professions de la santé vers une vision centrée sur le patient (Mead & Bower, 2000), la médecine dentaire demeure ancrée dans un modèle biomédical (Apelian, Vergnes, & Bedos, 2014) (Asimakopoulou, Gilbert, Newton, & Scambler, 2012) (Scambler & Asimakopoulou, 2014). De ce fait, l'accent est mis sur l'élimination de la maladie ainsi que les procédures techniques, ce qui éclipse les interventions qui ciblent les déterminants sociaux de la santé. Ce modèle est probablement renforcé par le mode d'évaluation des étudiants qui est largement basé sur le nombre de procédures effectuées. Nous soutenons que dans le cadre de l'enseignement de la dentisterie communautaire, l'accent devrait être mis sur la compréhension des besoins de la communauté et la capacité de travailler ensemble pour y répondre. On interprète que l'intention de mettre en place le PUC était d'introduire les étudiants à la dentisterie communautaire. Malheureusement, la vision biomédicale entraîne une pression sur la faculté d'exposer ses étudiants au plus grand nombre d'expériences de traitements d'élimination de maladie. C'est pourquoi la faculté fait tout pour remplir ses cliniques avec des programmes comme Pédo-École. Certes, l'intention de la FMD en plaçant les enfants de Barclay dans la clinique Pédo-École était noble, car elle voulait offrir le meilleur traitement possible aux enfants. Cependant, la question se pose si Pédo-École répond réellement aux besoins de Barclay.

Une autre raison pouvant expliquer les difficultés vécues par l'Extension pourrait être que les professeurs de la FMD impliqués dans le projet étaient des cliniciens qui, à travers leurs modes d'évaluation et leurs choix de direction du projet, ont valorisé les procédures cliniques interventionnistes. Il se peut qu'ils soient moins sensibles aux concepts de santé publique tels que les déterminants sociaux de la santé. Une meilleure connaissance des déterminants sociaux qui affectent la santé des enfants de l'école Barclay aurait peut-être facilité l'analyse des besoins de la communauté et l'exploration des différentes stratégies pour y répondre.

Il y aurait plusieurs barrières potentielles au manque de relation harmonieuses entre les partenaires de l'Extension. La première serait que la dynamique de pouvoir dentiste-hygiéniste typique où l'hygiéniste est subordonné au dentiste influence les relations entre les représentants de la FMD et l'hygiéniste de Barclay. Malgré que le programme l'Extension met les partenaires sur un pied d'égalité, l'historique de la dynamique interprofessionnelle déteint sur leurs relations.

La deuxième serait que la source de financement provenait de fonds obtenus par l'université. Cette difficulté a été décrite par Mubuke et collaborateurs dans un PUC entre une faculté de médecine et un hôpital où la difficulté de partager les fonds entre les deux partenaires entraînait des relations tendues (Mubuke, Businge, & Mukule, 2014). Ainsi, peut-être qu'en détenant la source de financement, les intervenants de la FMD ressentaient le droit de dicter les règles du programme. Les organismes donateurs sont encouragés à financer les PUC en procurant des fonds au partenariat et non pas à un seul partenaire pour qu'ils puisse ensuite décider collectivement comment utiliser les ressources dans le projet (Minkler, Blackwell, Thompson, & Tamir, 2003).

Recommandations générales pour la mise en œuvre des PUC de service dans le domaine de la santé

1. Bien connaître les services de soins de santé buccodentaire ainsi que les autres services de santé qui existent dans la communauté. En connaissant les services offerts, il serait plus facile de façonner un programme qui s'inscrit bien dans le contexte existant sans empiéter sur le travail des autres professionnels. Il est également important de comprendre les habitudes d'utilisation des soins de santé des personnes de la communauté. Une meilleure connaissance de leurs habitudes pourrait mieux informer le PUC quant aux types de services qu'ils devraient offrir ainsi qu'à l'approche qu'ils devraient adopter. Par exemple, si les gens de la communauté ont déjà leur dentiste et on l'habitude d'aller le voir régulièrement, mais qu'il est difficile pour eux d'avoir un rendez-vous d'urgence, il

serait intéressant pour le PUC de mettre en place une clinique qui pourrait accommoder les urgences.

2. Partager la responsabilité pour les demandes de fonds avec la communauté pour éviter les inégalités financières. Si les deux partenaires avaient un rôle actif dans les demandes de subvention, cela aiderait au partage de décisions.
3. Encadrer le PUC d'un projet de recherche-action participative.

Un projet qui implique l'utilisation de fonds publics pour améliorer l'état de santé des communautés devrait être accompagné par un volet de recherche qui analyse les besoins, détermine les actions, évalue l'effet des interventions, et rectifie les actions au besoin. En lumière des défis vécus par le projet L'Extension, la divergence de vision des partenaires et le fort penchant vers le modèle biomédical, nous proposons d'accompagner le PUC d'une recherche-action participative (Meyer, 2000).

La littérature encourage fortement les universités à impliquer les communautés dans la recherche biomédicale (Fregonese, 2018), par exemple avec des projets de recherche-action participative. La recherche participative est une démarche théorique décrite par Lewin permettant d'obtenir des connaissances pratiques en partenariat avec les groupes impliqués dans le phénomène (Meyer, 2000). En recherche-action participative, les membres de la communauté deviennent des co-chercheurs dans le processus de recherche où le pouvoir est partagé. La première étape s'agit d'une évaluation des besoins de la communauté. Ensuite, les partenaires mettent en place une action qui est ensuite réévaluée par les co-chercheurs. L'action suivante est donc modifiée selon les résultats de la réévaluation et ainsi de suite. Cette boucle de rétroaction permet de s'adapter aux besoins changeants de la communauté et s'assurer que les interventions mises en place répondent aux besoins de la communauté. Il est donc possible pour les communautés d'orienter la recherche vers des actions concrètes qui leur sont les plus utiles (Viswanathan et al., 2004).

Ainsi, il y aurait un comité de pilotage composé de membres de l'université, de représentants de communauté scolaire et du domaine de la santé dentaire publique ainsi que des parents et des

étudiants du DMD. Cela permettrait à la communauté d'avoir un rôle plus actif dans la mise en œuvre du projet et de mettre leurs besoins dans l'avant-plan. La composante recherche permettrait d'évaluer l'impact des interventions du projet et servirait à s'assurer que les interventions ont l'effet désiré. Du côté de l'université, cette démarche théorique de recherche-action permettrait d'exposer les étudiants à la dentisterie communautaire collaborative et les sensibiliser à la dentisterie sociale (Bedos, Apelian, & Vergnes, 2018).

Ainsi, ce qui la rend participative est que l'on fait de la recherche, non 'sur la population', mais 'avec la population' (Meyer, 2000). L'Extension est un bon terrain pour la recherche-action puisqu'il y a une volonté de la part des administrateurs de l'école Barclay à étudier l'impact de leurs interventions auprès des enfants de l'école. De cette façon, les thèmes à explorer à travers la recherche-action seraient décidés ensemble en comité de pilotage.

Forces et limites de l'étude

1. Forces

Notre étude est la première étude qui décrit de façon détaillée la mise en œuvre d'un PUC dans le domaine de la médecine dentaire et qui émet des recommandations spécifiques.

L'approche qualitative de notre étude nous a permis d'explorer en profondeur l'expérience des partenaires et de recueillir les perspectives de différents partenaires impliqués dans l'Extension.

Dans le cadre de cette étude, nous avons interviewé la totalité des partenaires clés dans la mise en œuvre du volet dentaire du projet L'Extension. L'échantillonnage des partenaires clés a donc permis de collecter les perspectives de chaque personne impliquée.

2. Limites

L'étude menée est une étude qualitative descriptive d'un projet en PUC spécifique. Ainsi, les résultats qui ont été produits sont pertinents plus en particulier pour le programme l'Extension et ne sont peut-être pas généralisables à d'autres projets.

Bien que ce n'était pas le point central de notre étude, l'échantillon d'étudiants du DMD ainsi que des parents n'était pas suffisant pour arriver à saturation en ce qui concerne leurs expériences. Les participants qui ont choisi de passer les entrevues maîtrisaient suffisamment bien l'anglais ou le français afin de consentir à l'étude et étaient en mesure d'élaborer avec richesse dans leurs réponses. Cependant, étant donné qu'il a été impossible de faire des entrevues dans la langue maternelle des parents, nous avons exclu de l'étude des participants potentiellement intéressants. Si l'étude était à refaire, il aurait été pertinent de travailler avec un traducteur pour recueillir davantage de données diverses.

Une autre limite de l'échantillonnage est qu'une fois la question de recherche modifiée, il a été impossible d'interviewer les participants de nouveau par faute de temps. Étant donné que cette étude était faite dans le contexte d'une maîtrise, la chercheuse principale avait un échéancier de temps à respecter. Ainsi, il aurait été intéressant de faire un retour avec certains participants pour poser des questions plus précises et spécifiques à la question de recherche définitive.

Chapitre 7 — Conclusion

L'intérêt croissant des universités à aider les communautés défavorisées à accéder aux soins buccodentaires et à exposer leurs étudiants à la dentisterie communautaire les amène à se tourner vers les PUC de service. Ce type de partenariat est un environnement de travail complexe semé de défis. L'Extension est un bon exemple de jeune partenariat qui a commencé avec de bonnes intentions, mais qui a vécu des difficultés au cours de sa mise en œuvre. Les partenaires ont eu des difficultés dans le partage de pouvoir qui a eu des conséquences sur le déroulement du projet. La vision biomédicale de la FMD a mené le projet dans une direction qui a rendu le projet difficile pour les partenaires.

Lors de la mise en œuvre d'un PUC, nous recommandons aux facultés d'étudier avant tout les besoins de la communauté afin d'arriver à un programme qui répond aux besoins des gens qu'il dessert. Nous suggérons également que la responsabilité de la demande de fonds soit partagée par les partenaires. Enfin, lorsque possible, encadrer l'initiative communautaire avec un projet de recherche-action participative permettrait d'adresser plusieurs difficultés couramment rencontrées dans les PUC.

Références bibliographiques

- Acs, G., Shulman, R., Ng, M. W., & Chussid, S. (1999). The effect of dental rehabilitation on the body weight of children with early childhood caries. *Pediatr Dent*, 21(2), 109-113.
- Ahmed, S. M., Maurana, C., Nelson, D., Meister, T., Young, S. N., & Lucey, P. (2016). Opening the Black Box: Conceptualizing Community Engagement From 109 Community-Academic Partnership Programs. *Prog Community Health Partnersh*, 10(1), 51-61. doi:10.1353/cpr.2016.0019
- Ali, J. S., McDermott, S., & Gravel, R. G. (2004). Recent research on immigrant health from statistics Canada's population surveys. *Can J Public Health*, 95(3), 19-13.
- Allen, M. L., Culhane-Pera, K. A., Pergament, S., & Call, K. T. (2011). A capacity building program to promote CBPR partnerships between academic researchers and community members. *Clin Transl Sci*, 4(6), 428-433. doi:10.1111/j.1752-8062.2011.00362.x
- Apelian, N., Vergnes, JN., & Bedos, C. (2014). Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. *The International Journal of Whole Person Care*, 1(2).
- Asimakopoulou, K., Gilbert, D., Newton, P., & Scambler, S. (2012). Back to basics: Re-examining the role of patient empowerment in diabetes. *Patient Educ Couns*, 86(3), 281-283. doi:10.1016/j.pec.2011.03.017
- Bedos, C., Apelian, N., & Vergnes, J. N. (2018). Time to Develop Social Dentistry. *JDR Clin Trans Res*, 3(1), 109-110. doi:10.1177/2380084417738001
- Bedos, C., Brodeur, J. M., Arpin, S., & Nicolau, B. (2005). Dental caries experience: a two-generation study. *J Dent Res*, 84(10), 931-936. doi:10.1177/154405910508401011
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Public Health*, 96 Suppl 2, S30-44.
- Boutin-Foster, C., Phillips, E., Palermo, A. G., Boyer, A., Fortin, P., Rashid, T., . . . Love, G. (2008). The role of community-academic partnerships: implications for medical education, research, and patient care. *Prog Community Health Partnersh*, 2(1), 55-60. doi:10.1353/cpr.2008.0006
- Burnsall, Nicholas Buys et Samantha. (2007). Establishing university–community partnerships: Processes and benefits. *Journal of Higher Education Policy and Management*, 29(1), 14.
- Calleson, D. C., Seifer, S. D., & Maurana, C. (2002). Forces affecting community involvement of AHCs: perspectives of institutional and faculty leaders. *Acad Med*, 77(1), 72-81. doi:10.1097/00001888-200201000-00017
- Calvasina, P., Muntaner, C., & Quinonez, C. (2014). Factors associated with unmet dental care needs in Canadian immigrants: an analysis of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *BMC Oral Health*, 14, 145. doi:10.1186/1472-6831-14-145
- Calvasina, P., Muntaner, C., & Quinonez, C. (2015). The deterioration of Canadian immigrants' oral health: analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Community Dent Oral Epidemiol*, 43(5), 424-432. doi:10.1111/cdoe.12165
- Canada, Santé. (2001). *Social Accountability A Vision for Canadian Medical Schools*. Retrieved from Ottawa:
- Canada, Statistique. (2018). *Ville de Montréal*. Retrieved from Montreal:

- Cassell. (2005). Creating the interviewer: identity work in the management research process. *Qualitative Research*, 5(2), 12.
- Chak, Choiwai Maggie. (2018a). 1Literature Review on Relationship Building for Community-academicCollaborationinHealth Research and Innovation. *MATEC Web of Conferences*, 215.
- Chak, Choiwai Maggie. (2018b). Literature Review on Relationship Building for Community-academic Collaboration in Health Research and Innovation. *MATEC Web of Conferences*, 215.
- Clarke, V. Braun and V. (2012). Thematic Analysis. In *APA handbook of research methods in psychology* (Vol. 2). American Psychological Association.
- Coleman, James S. (1958). Relational Analysis: The Study of Social Organizations with Survey Methods. . *Human Organization.*, 59, 12.
- De Maio, F. G., & Kemp, E. (2010). The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Glob Public Health*, 5(5), 462-478. doi:10.1080/17441690902942480
- Denzin, NK. , & Lincoln, YS. (2017). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*.
- Dong, X., Chang, E. S., Wong, E., Wong, B., Skarupski, K. A., & Simon, M. A. (2011). Assessing the Health Needs of Chinese Older Adults: Findings from a Community-Based Participatory Research Study in Chicago's Chinatown. *J Aging Res*, 2010, 124246. doi:10.4061/2010/124246
- Donna J. Cherry, Jon Shefner. (2008). Addressing Barriers to University-Community Collaboration. *Journal of Community Practice*, 12, 14. doi:10.1300/J125v12n03_13
- Edsall, J. T. (1975). Scientific freedom and responsibility. *Science*, 188(4189), 687-693. doi:10.1126/science.11643270
- Faith Lamb-Parkera, Chaya S. Piotrkowskib, Amy J. L. Bakerc, Susan Kessler-Sklard, Beryl Clarke, Lenore Peay. (2001).
- Understanding barriers to parent involvement in Head Start: a research-community partnership. *Early Childhood Research Quarterly*, 16, 16.
- Feitosa, S., Colares, V., & Pinkham, J. (2005). The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad Saude Publica*, 21(5), 1550-1556. doi:10.1590/s0102-311x2005000500028
- Filstrup, S. L., Briskie, D., da Fonseca, M., Lawrence, L., Wandera, A., & Inglehart, M. R. (2003). Early childhood caries and quality of life: child and parent perspectives. *Pediatr Dent*, 25(5), 431-440.
- Fregonese, F. (2018). Community involvement in biomedical research conducted in the global health context; what can be done to make it really matter? *BMC Med Ethics*, 19(Suppl 1), 44. doi:10.1186/s12910-018-0283-4
- Gagliardi, A. R., Legare, F., Brouwers, M. C., Webster, F., Wiljer, D., Badley, E., & Straus, S. (2011). Protocol: developing a conceptual framework of patient mediated knowledge translation, systematic review using a realist approach. *Implement Sci*, 6, 25. doi:10.1186/1748-5908-6-25
- Gao, X. L., & McGrath, C. (2011). A review on the oral health impacts of acculturation. *J Immigr Minor Health*, 13(2), 202-213. doi:10.1007/s10903-010-9414-9

- Garcia-Rivera, E. J., Pacheco, P., Colon, M., Mays, M. H., Rivera, M., Munet-Diaz, V., . . . Morales, A. (2017). Building Bridges to Address Health Disparities in Puerto Rico: the "Salud para Pinones" Project. *P R Health Sci J*, 36(2), 92-100.
- Goodman, Leo A. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32, 22.
- Guarnizo-Herreno, C. C., & Wehby, G. L. (2012). Children's dental health, school performance, and psychosocial well-being. *J Pediatr*, 161(6), 1153-1159. doi:10.1016/j.jpeds.2012.05.025
- Guba, EG., & Lincoln, YS. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*: Sage Publications, Inc.
- Gushulak, B. D., Pottie, K., Hatcher Roberts, J., Torres, S., DesMeules, M., Canadian Collaboration for, Immigrant, & Refugee, Health. (2011). Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ*, 183(12), E952-958. doi:10.1503/cmaj.090287
- Holland, BA., Gelmon, S., Green, LW., Greene-Moton, E., & Stanton, TK. (2003, April 26th 2003). *Community-University Partnerships: What Do We Know?* Paper presented at the Community-University Partnerships: Translating Evidence into Action, San Diego, CA.
- Hoover, J., Vatanparast, H., & Uswak, G. (2017). Risk Determinants of Dental Caries and Oral Hygiene Status in 3-15 Year-Old Recent Immigrant and Refugee Children in Saskatchewan, Canada: A Pilot Study. *J Immigr Minor Health*, 19(6), 1315-1321. doi:10.1007/s10903-016-0452-9
- Horst, M. and Michael, M. (2011). On the Shoulders of Idiots: Re-thinking Science Communication as 'Event'. *Science as culture*, 20(3), 23.
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*, 19, 173-202. doi:10.1146/annurev.publhealth.19.1.173
- Jones, L., Meade, B., Forge, N., Moini, M., Jones, F., Terry, C., & Norris, K. (2009). Begin your partnership: the process of engagement. *Ethn Dis*, 19(4 Suppl 6), S6-8-16.
- Kalich, A., Heinemann, L., & Ghahari, S. (2016). A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *J Immigr Minor Health*, 18(3), 697-709. doi:10.1007/s10903-015-0237-6
- Knapp, M. L. (1998). Community health improvement: it's time for action. *Qual Lett Healthc Lead*, 10(1), 13-16.
- Knight, G. W. (2011). Community-based dental education at the University of Illinois at Chicago. *J Dent Educ*, 75(10 Suppl), S14-20.
- Krieger, J., & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health*, 92(5), 758-768. doi:10.2105/ajph.92.5.758
- Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, MEES. (2019). *Indice de défavorisation*. Québec.
- Lemacks, J., Landry, A., & Wenzler, P. (2018). Formative research to identify community partnerships and foster relationships for health promotion research in South Mississippi. *Public Health*, 159, 58-62. doi:10.1016/j.puhe.2018.01.023
- Lerner, Richard M. (1999). Policy Perspectives about University-Community Collaborations: A View of the Issues. *Applied Developmental Science*, 3(4), 4.
- Lindamer, L. A., Lebowitz, B., Hough, R. L., Garcia, P., Aguirre, A., Halpain, M. C., . . . Jeste, D. V. (2009). Establishing an implementation network: lessons learned from community-based participatory research. *Implement Sci*, 4, 17. doi:10.1186/1748-5908-4-17

- Locker, D., Clarke, M., & Murray, H. (1998). Oral health status of Canadian-born and immigrant adolescents in North York, Ontario. *Community Dent Oral Epidemiol*, 26(3), 177-181. doi:10.1111/j.1600-0528.1998.tb01947.x
- Macdonald, M. E., Keboa, M. T., Nurelhuda, N. M., Lawrence, H. P., Carnevale, F., McNally, M., . . . Nicolau, B. (2019). The Oral Health of Refugees and Asylum Seekers in Canada: A Mixed Methods Study Protocol. *Int J Environ Res Public Health*, 16(4). doi:10.3390/ijerph16040542
- Mackenzie, M., Turner, F., Platt, S., Reid, M., Wang, Y., Clark, J., . . . O'Donnell, C. A. (2011). What is the 'problem' that outreach work seeks to address and how might it be tackled? Seeking theory in a primary health prevention programme. *BMC Health Serv Res*, 11, 350. doi:10.1186/1472-6963-11-350
- Mascarenhas, A. K. (2011). Community-based dental education at Boston University. *J Dent Educ*, 75(10 Suppl), S21-24.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2005). Is migration to Canada associated with unhealthy weight gain? Overweight and obesity among Canada's immigrants. *Soc Sci Med*, 61(12), 2469-2481. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.004
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51(7), 1087-1110. doi:10.1016/s0277-9536(00)00098-8
- Mehra, V. M., Costanian, C., Khanna, S., & Tamim, H. (2019). Dental care use by immigrant Canadians in Ontario: a cross-sectional analysis of the 2014 Canadian Community Health Survey (CCHS). *BMC Oral Health*, 19(1), 78. doi:10.1186/s12903-019-0773-x
- Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ*, 320(7228), 178-181. doi:10.1136/bmj.320.7228.178
- Miller, F. A., Painter-Main, M., Axler, R., Lehoux, P., Giacomini, M., & Slater, B. (2015). Citizen expectations of 'academic entrepreneurship' in health research: public science, practical benefit. *Health Expect*, 18(6), 2356-2374. doi:10.1111/hex.12205
- Minkler, M., Blackwell, A. G., Thompson, M., & Tamir, H. (2003). Community-based participatory research: implications for public health funding. *Am J Public Health*, 93(8), 1210-1213. doi:10.2105/ajph.93.8.1210
- Montréal, Ville de. (2018). *Profil Sociodémographique Recensement 2016 Arrondissement de Villeray-Saint-Michel-Parc-Extension*. Retrieved from
- MSSS, Ministère de Santé et Services sociaux du Québec. (2019). Description des activités à réaliser selon les populations, les milieux d'intervention et les cibles à atteindre
- . *Activités et services offerts en santé dentaire publique*
- Mubuuke, A. G., Businge, F., & Mukule, E. (2014). The intricate relationship between a medical school and a teaching hospital: A case study in Uganda. *Educ Health (Abingdon)*, 27(3), 249-254. doi:10.4103/1357-6283.152183
- Netshandama, V. . (2010). Quality Partnerships: the Community Stakeholders' View'. *International Journal of Community Research and Engagement*, 3(0). doi:10.5130/ijcre.v3i0.1541
- Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethn Health*, 14(3), 315-336. doi:10.1080/13557850802609956
- Ng, E. (2011). The healthy immigrant effect and mortality rates. *Health Rep*, 22(4), 25-29.
- OMS. (1996). *Médecins pour la santé : Une stratégie mondiale de l'OMS pour la réorientation de*

- l'enseignement de la médecine et de la pratique médicale en faveur de la santé pour tous.*
Retrieved from Genève, Suisse:
- Pahel, B. T., Rozier, R. G., & Slade, G. D. (2007). Parental perceptions of children's oral health: the Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*, 5, 6. doi:10.1186/1477-7525-5-6
- Parboosingh, J. (2003). Medical schools' social contract: more than just education and research. *CMAJ*, 168(7), 852-853.
- Pellegrino, E. D. (1999). Academic health centers and society: an ethical reflection. *Acad Med*, 74(8 Suppl), S21-26. doi:10.1097/00001888-199908000-00025
- Pérez, C. E. (2002). *Health status and health behaviour among immigrants*. Retrieved from Ottawa ON:
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., . . . Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*, 38(2), 65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
- Provan, K. G., Harvey, J., & de Zapien, J. G. (2005). Network structure and attitudes toward collaboration in a community partnership for diabetes control on the US-Mexican border. *J Health Organ Manag*, 19(6), 504-518. doi:10.1108/14777260510629706
- Rebecca S. Pitt, Jessica Sherman, Mary Ellen Macdonald. (2015). Low-income working immigrant families in Quebec: Exploring their challenges to well-being. *Can J Public Health*, 106(8), 6.
- Rousseau, C., Laurin-Lamothe, A., Rummens, J. A., Meloni, F., Steinmetz, N., & Alvarez, F. (2013). Uninsured immigrant and refugee children presenting to Canadian paediatric emergency departments: Disparities in help-seeking and service delivery. *Paediatr Child Health*, 18(9), 465-469. doi:10.1093/pch/18.9.465
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*, 23(4), 334-340. doi:10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Res Nurs Health*, 33(1), 77-84. doi:10.1002/nur.20362
- Scambler, S., & Asimakopoulou, K. (2014). A model of patient-centred care - turning good care into patient-centred care. *Br Dent J*, 217(5), 225-228. doi:10.1038/sj.bdj.2014.755
- Schwandt, Thomas A. (2001). *Dictionary of Qualitative Inquiry*: Sage Publications.
- Smego, R. A., Jr., & Costante, J. (1996). An academic health center-community partnership: the Morgantown Health Right free clinic. *Acad Med*, 71(6), 613-621. doi:10.1097/00001888-199606000-00012
- Smith, P. D., Thullen, M., Evans, C., Koerber, A., & Weatherspoon, D. (2019). Benefits and Challenges of Partner Site Engagement with Community-Based Dental Education Programs: The Partner Sites' Perspectives. *J Dent Educ*, 83(9), 1012-1018. doi:10.21815/JDE.019.102
- Staley. (2009). Exploring Impact: Public Involvement in NHS. *Public and Social Care Research*.
- Viera, Gaëtan Tremblay et Paulo Freire. (2012). *Le Rôle de l'Université dans le développement local. Expériences brésiliennes et québécoises*. Québec: Presse de l'Université de Québec.
- Viswanathan, M., Ammerman, A., Eng, E., Garlehner, G., Lohr, K. N., Griffith, D., . . . Whitener, L. (2004). Community-based participatory research: assessing the evidence. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*(99), 1-8.

- Walter, M. H., Woronuk, J. I., Tan, H. K., Lenz, U., Koch, R., Boening, K. W., & Pinchbeck, Y. J. (2007). Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc*, 73(2), 153.
- Wang, L., & Hu, W. (2013). Immigrant health, place effect and regional disparities in Canada. *Soc Sci Med*, 98, 8-17. doi:10.1016/j.socscimed.2013.08.040
- Woollard, R. F. (2006). Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ*, 40(4), 301-313. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02416.x
- Woronuk, J. I., Pinchbeck, Y. J., & Walter, M. H. (2004). University of Alberta dental students' outreach clinical experience: an evaluation of the program. *J Can Dent Assoc*, 70(4), 233-236.
- Wright, J. G., & Wedge, J. H. (2004). Clinicians and patients' welfare: where does academic freedom fit in? *BMJ*, 329(7469), 795-796. doi:10.1136/bmj.329.7469.795
- Youn, S. J., Valentine, S. E., Patrick, K. A., Baldwin, M., Chablani-Medley, A., Aguilar Silvan, Y., . . . Marques, L. (2019). Practical solutions for sustaining long-term academic-community partnerships. *Psychotherapy (Chic)*, 56(1), 115-125. doi:10.1037/pst0000188